EEN REACTIE OP DE NHG RICHTLIJN ULCUS CRURIS VENOSUM JUNI 2010

K.C. Timm*

Het ulcus cruris venosum is de grootste complicatie van veneuze hypertensie. Ongeveer 1-2% van de bevolking ontwikkelt gedurende zijn leven een ulcus cruris venosum. Deze wonden hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt: 81% heeft te maken met een verminderde mobiliteit en 50% is ernstig beperkt in zijn bewegingen. 68% van deze patiënten ervaart angst, boosheid, depressie en sociale isolatie. Ook hebben deze wonden een hoge kans op recidiefvorming en brengen ze hoge kosten met zich mee (10). De recidiefkans bedraagt bij patiënten, behandeld met ambulante compressietherapie, ruim 10% per jaar, waarbij de kans op recidief het grootst is in het eerste jaar na genezing (4,7).

Het leek de WCS commissie ulcus cruris daarom goed om weer aandacht te besteden aan de richtlijn ulcus cruris. De Nederlandse Vereniging voor Dermatologen en Venerologen heeft de laatste richtlijn ulcus cruris in 2005 uitgegeven; een nieuwe richtlijn kan op korte termijn worden verwacht. De meest recente richtlijn op het gebied van ulcus cruris is de update van de NHG uit juni 2010. We publiceren hier de samenvatting, in de complete richtlijn staat meer informatie. In de kaders geven wij opmerkingen en aanvullingen die in een volgende richtlijn meegenomen zouden kunnen worden. We willen benadrukken dat de behoefte aan het onderdeel compressietherapie in de richtlijn erg groot is. Mede vanwege de onduidelijkheid die nu heerst worden nieuwe, niet wetenschappelijk onderbouwde methoden ingezet en kunnen voor de patiënt onveilige situaties ontstaan.

DIAGNOSTIEK

ANAMNESE

- ontstaan, duur en beloop van de klachten;
- pijnklachten (cave arterieel ulcus);
- infectie: koorts, algehele malaise en immobiliteit t.g.v. pijn;
- kwaliteit van leven: nachtelijke onrust, immobiliteit, sociale isolatie;
- voorgeschiedenis: doorgemaakt ulcus cruris venosum; oorzakelijke factoren (DVT, varices, tromboflebitis, claudicatioklachten of lymfoedeem);
- risicofactoren: diabetes mellitus, hartfalen, oedeem, hypertensie, reuma, immobiliteit, varices, langdurig staan, huidaandoeningen als eczeem/psoriasis.

Het uitvragen van medicijngebruik ontbreekt in dit rijtje. Veel medicijnen hebben een negatieve invloed op de genezing van een ulcus cruris, zoals immuunsuppressiva (denk aan prednison), anticoagulantia (bloedverdunners) en cytostatica, antibiotica en goede analgetica (pijnbestrijders) kunnen juist positief werken. Ook de invloed van roken wordt gemist door het niet te vragen. Het acroniem ALTIS (zie hiervoor meer informatie hierover in WCS Nieuws december 2011) zou tot een volledigere anamnese kunnen leiden. Mobiliteit is van grote invloed op het ontstaan en hebben van een ulcus cruris venosum. Dit hoort ook in de anamnese thuis.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

- Inspecteer het ulcus en let op lokalisatie, grootte, aspect wondrand en wondbodem.
- Let op tekenen van infectie en eventuele uitbreiding daarvan in omliggend weefsel.
- Let op aanwijzingen voor onderliggende oorzaken (CVI, perifeer arterieel vaatlijden, hartfalen en insufficiëntie van het lymfesysteem).

De NVDV richtlijn (2005) beveelt aan bij lichamelijk onderzoek de CEAP-classificatie te gebruiken. (Clinical status (kliniek), Etiologie, Anatomie, Pathofysiologie). Gezien de huidige ontwikkelingen in de digitale fotografie lijkt het fotografisch vastleggen van ulcera van meerwaarde te kunnen zijn voor follow-up (5). Aanbevolen wordt ook een standaard voor een eenduidige wondanamnese te hanteren. Het WCS Classificatiemodel helpt om tot productkeuze te komen, TIME is een handig acroniem om een compleet wondbeeld te krijgen (WCS Nieuws december 2011).

AANVULLEND ONDERZOEK

- Laboratoriumonderzoek: bepaal (NT-pro)BNP, Hb, Ht, TSH en glucose bij een vermoeden van hartfalen en glucose bij vermoeden van diabetes mellitus.
- Enkel-armindex als arteria dorsalis pedis niet palpabel is.
- Duplexonderzoek, alleen bij mobiele patiënten met varices die na voorlichting over vermindering van de kans op een recidief ulcus interesse hebben voor variceschirurgie.

De enkel-armindex dient bij alle patiënten met wonden aan de onderbenen te worden verricht. In de richtlijn van de NVDV (2005) staat het volgende. ‘Een belangrijk deel van de patiënten met een ulcus cruris heeft arteriële insufficiëntie. Het palperen van de enkel-/voetrugarterie is onbetrouwbaar (11). Een enkel-armindex geeft wel een betrouwbare

aanwijzing' (5).
Een te hoge uitkomst van de enkel-armindex (>1.2) kan duiden op niet comprimeerbare vaten, bijvoorbeeld bij diabetes mellitus. Duplexonderzoek leidt uiteindelijk niet alleen tot variceschirurgie, maar kan ook leiden tot sclerocompressietherapie. Onze voorkeur zou uitgaan naar het woord varicesbehandeling.

binatie met depending rubor (rood/blauw verkleuring van de huid aan de benen bij afhangen, indicatie voor ernstig arterieel vaatlijden) en het ontbreken van haargroei. Bij atherosclerose kunnen vals positieve pulsaties waargenomen worden.

Aanvullend: voorlichting en uitleg van de leefstijladviezen (6) dienen bij voorkeur mondeling en schriftelijk te worden gegeven, zodat de patiënt de informatie thuis nog eens kan doorlezen. De NHG verwijst voor deze informatie naar de NHG-Patiëntenbrieven 'Open been' en 'Dikke benen door slechte vaten'. Deze brieven zijn gebaseerd op de NHG-Standaard

EVALUATIE

Veneus

- Lokalisatie: boven mediale malleolus
- Begrenzing: grillige wondranden
- Meestal onwelriekende geur
- Pitting oedeem
- Enkel-armindex ≥ 0,9
- Nachtelijke pijn, kramp

Overig:
- Varices
- Hyperpigmentatie, atrofie blanche en induratie
- Zwaar, vermoeid gevoel bij stilstaan, wat afneemt bij lopen
- Jeuk

Arterieel

- Lokalisatie: laterale zijde scheenbeen, voorvoet/tenen
- Begrenzing: scherpe wondranden
- Meestal zwarte wondbodem
- Meestal geen oedeem
- Enkel-armindex < 0,9
- Vaak meer pijn dan bij veneuze ulcera, nachtelijke pijn, vermindert door afhangen van het been

Overig:
- Claudicatio intermittens
- Koude, blauw/witte voet
- Zwakke/afwezige perifere pulsaties

Andere differentiaaldiagnostische mogelijkheden: neuropatisch, neoplastisch, infectieus, auto-immunologisch en exogeen ulcus.

TABEL 1. KENMERKEN VAN ULCERA DIE EEN VENEUZE OF ARTERIËLE OORZAAK MEER AANNEMELIJK MAKEN

Pijn is een veel onderzocht onderwerp bij ulcus cruris. Prevalentie van pijn bij een veneus ulcus cruris varieert van 70-90% (1,8,9); de gemeten pijn in de wond is 5.3 volgens de Visueel Analoge Schaal (VAS). Op de VAS geeft de patiënt op een lat met een lijn aan in welke mate de pijn ervaren wordt. Op de achterkant van de lat staat een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn), waarop de pijnsensatie kan worden afgelezen (12). Het advies luidt dan ook om dit geen onderscheidend kenmerk te laten zijn tussen arteriële en veneuze insufficiëntie (tabel 1).

Als overige kenmerken voor arteriële insufficiëntie kunnen worden genoemd: livide verkleuringen van de tenen, elevating blanching (huid van de benen verkleurt wit bij hoogleggen) in com-

BELEID

VOORLICHTING

- ontstaanswijze van CVI en ulcus cruris venosum;
- lange duur (weken tot maanden) van de behandeling;
- het belang van oedeembestrijding door middel van zwachtelen en bewegen;
- langdurig gebruik van therapeutische elastische kousen ter preventie recidiefulcus. Bespreek de voordelen (voorkómen recidief, bescherming bij stoten, tegengaan oedeemvorming en minder moe gevoel benen) en nadelen (moeilijk aantrekken, stijf gevoel benen, cosmetisch minder fraai en noodzaak levenslang dragen);
- de optie variceschirurgie bij mobiele patiënten met een redelijke levensverwachting, aanwezigheid varices, afwezigheid tekenen van arteriële insufficiëntie. Geeft circa 50% recidiefreductie.

Ulcus cruris venosum. Zie voor een overzicht van alle NHG-Patiëntenbrieven de rubriek Patiëntenvoorlichting op www.nhg.org. De folder 'Open been' van de Nederlandse Hartstichting is geschikt voor een complete voorlichting op dit gebied. De folder is te downloaden via http://webshop.hartstichting.nl/producten/producten.aspx?CatID=83&pID=2521.

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

WONDBEHANDELING

- schoonmaken veneus ulcus d.m.v. douche of in schoon kraanwater gedrenkte gazen;
- debridement bij necrose (gepaard met veel pijn: start lokale pijnstilling);
- beschermen ulcusrand met barrière-crème/-spray of zinkolie;

- bedek het ulcus met een wondbedekker, keuze afhankelijk van: wondfase (zwart (necrose), geel (debris) of rood (granulatie/epithelialisatie)), wondvochtigheidsgraad (nat, vochtig of droog) en infectiegraad (zie tabel 2);
- aanbrengen secundair verband: absorberend verband bij natte en vochtige ulcera, gaasverband bij droge ulcera;
- start ambulante compressietherapie.

immobiele patiënten).
- Verwijs voor duplexonderzoek bij enkel-armindex < 0,9. Absolute contra-indicatie voor zwachtelen: enkel-armindex < 0,6 en een arteriële druk < 70 mmHg (cave arteriële ischemie).
- Veel lopen en bewegen (oefeningen) ter bevordering circulatie en activeren kuitspierpomp.
- Hoogleggen been in rust ter preventie oedeemvorming.

kunnen dragen. Omdat de patiënten worden gemotiveerd zoveel mogelijk in beweging te blijven, zijn dit factoren die zwaar zouden moeten meewegen in de keuze voor een zwachtelmethode en/of materiaal. Indien het been oedeemvrij is, kan de keuze voor een verbandkous worden gemaakt: deze houdt het been oedeemvrij en het geeft de patiënt veelal meer vrijheid om de wond zelf te verzorgen.

Tabel 2 Keus wondbedekkers

Wondfase Actie	**Zwart (necrose)** verwijder		**Geel (debris)** verwijder/reinig		**Rood (granulatie/epithelialisatie)** beschermen	
Vochtigheidsgraad	nat en vochtig	droog	nat en vochtig	droog	nat en vochtig	droog
Wondbehandeling	collagenase[a] **hydrogel**[e] **alginaat**[f]	**droog kompres***	**alginaat**[f] **hydrofiber**[j]	**hydrogel**[e] **hydrocolloïd**[e]	**vetgaas** **hydrofiber**[j] **silicone**[g] **schuimverband**[h]	**vetgaas** **hydrogel**[e] **silicone**[g] **hydrocolloïd**[e]
Wondbehandeling bij infectie van het ulcus**	**alginaat Ag** **hydrofiber Ag** natrium-hypochloriet[b]	collagenase[a] **hydrogel**[e] zilversulfadiazine[j]	**alginaat Ag** **hydrofiber Ag** povidonjood 10% of cadexomeer-jodium[c]	povidonjood 10% of cadexomeer-jodium[c] zilversulfadiazine[j]	**alginaat Ag** **hydrofiber Ag** povidonjood 10% of cadexomeer-jodium[c]	povidonjood 10% of cadexomeer-jodium[c] zilversulfadiazine[j]

De dikgedrukte wondbedekkers kunnen langer dan 24 uur in de wond blijven. Voor advies over het gebruik per wondbedekker zie opmerkingen onder de tabel.
* uitzondering: necrose laten zitten, de necrose is zelf een wondbedekker
** uitbreiding infectie in de omgeving van het ulcus behandelen met systemische antibiotica

Opmerkingen bij tabel 2:
a. *Collagenase*. Bescherm bij gebruik van collagenase de wondranden met *vaseline*. Gebruiksadvies: één keer per dag vervangen.
b. *Natriumhypochloriet*. Bescherm bij gebruik van natriumhypochloriet wondranden met *barrièrecrème/spray of zinkolie*. Natriumhypochloriet is een antiseptische oplossing en is toxisch voor fibroblasten, waardoor de collageensynthese verstoord raakt. Gebruiksadvies: drie keer per dag vervangen.
c. *Povidonjood 10% zalfgazen* of *cadexomeerjodium geïmpregneerde verbanden* zijn antiseptische middelen die niet cytotoxisch zijn en de schildklierfunctie of wondgenezing niet beïnvloeden. Een nadeel van povidonjodium is dat de wond aan het zicht van de behandelaar wordt onttrokken. Gebruiksadvies: één keer per dag of om de dag vervangen.
d. *Gebruik van zilver(Ag)*verband bij geïnfecteerde wonden geeft vermindering van exsudaat en geur. Gebruiksadvies: kan maximaal één week blijven zitten.
e. *Hydrogels* en *hydrocolloïden* kunnen maceratie[12] veroorzaken van de wondranden bij veneuze ulcera met matig tot veel exsudaat veroorzaken. Maceratie treedt op als deze verbandsoorten verzadigd zijn met wondvocht. Om maceratie te verkomen is het belangrijk om minimaal twee keer per week de wond te verschonen. Gebruiksadvies: hydrogel afhankelijk van het exsudaat om de drie dagen vervangen. Hydrocolloïd wordt gebruikt bij matig exsuderende wonden, en vervangen wanneer het verzadigd is.
f. *Alginaat* gebruiken voor het reinigen van vochtige tot natte wonden met purulent exsudaat (het sluit debris en bacteriën in), behalve rode wonden want die hebben geen reiniging meer nodig. Alginaat wordt in de wond gebruikt, en mag de wondranden niet overlappen. Gebruiksadvies: kan drie dagen op de wond blijven, het vormt een vormvaste gel.
g. *Silicone* is verkrijgbaar als gaas of verband. Het voordeel is dat het niet aan de wond kleeft en daardoor minder pijn doet bij verbandwisseling. Gebruiksadvies: kan een week op de wond blijven, bij gebruik van siliconegaas het secundaire verband eventueel wisselen.
h. *Schuimverband* is beter dan niet-verklevend verband en kan bij alle typen vochtproductie gebruikt worden. Advies gebruik: kan drie dagen tot een week op de wond blijven zitten, afhankelijk van de hoeveelheid exsudaat.
i. *Hydrofiber* gebruiken voor het reinigen van vochtige tot natte wonden met sereus exsudaat. Gebruiksadvies: kan tot zeven dagen in de wond blijven, moet verwijderd worden als het geheel met exsudaat is verzadigd.
j. *Zilversulfadiazinecrème/gaas* heeft een bactericide werking, speciaal ten opzichte van sommige Pseudomonasstammen. In tegenstelling tot sulfonamiden sensibiliseert zilversulfadiazine zelden. Een nadeel van zilversulfadiazinecrème is dat de wond aan het zicht van de behandelaar wordt onttrokken. Gebruiksadvies: zilversulfadiazidecrème dagelijks vervangen, zilversulfadiazinegaas kan tot 48 uur in het ulcus blijven.

TABEL 2: KEUS WONDBEDEKKERS

De tabel is redelijk beperkt en gedateerd. Een verwijzing naar het WCS Classificatiemodel zou meer op zijn plaats zijn om tot een actuele keuze voor verbandmiddelen te komen.

AMBULANTE COMPRESSIETHERAPIE

- Frequentie afhankelijk van: hoeveelheid vochtproductie en conditie van het veneuze ulcus, hoeveelheid oedeem en mobiliteit van de patiënt.
- Eerste keuze: korte-rekzwachtels. Alternatief: vierlaags verband (bij

Er zijn veel zwachtelmethodes en materialen in omloop in Nederland. Nader onderzoek naar de meest geschikte methode(n) en materialen zou zeer wenselijk zijn. De richtlijn van de NVDV geeft daar ook onvoldoende uitsluitsel over. De uitspraak 'Eerste keuze blijft het korte-rekverband', wordt als volgt gemotiveerd. 'Hiermee heeft men in Nederland de meeste ervaring en deze is het goedkoopst.' Uit praktijk blijkt dat het goed aanleggen van het korte rekverband vaak een probleem vormt en de patiëntenvoorkeur uitgaat naar een zwachtel die langere tijd goed blijft zitten en waarmee zij hun eigen schoeisel

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Uitbreidende infectie (bijv. erysipelas of cellulitis): behandel met systemische antibiotica conform NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties.
- Pijn (t.g.v. ulcus cruris venosum, infectie of arteriële insufficiëntie) behandelen d.m.v. adequate pijnbestrijding, zie NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding.
- Pijnlijke wondverzorging/debridement: 1 tot 2 gram per 10 cm^2 lidocaïneprilocaïnecrème onder occlusie, inwerktijd 30 tot 45 minuten.

NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding
Bij pijnbestrijding volgt men een stapsgewijze aanpak, gebaseerd op de pijnladder van de WHO (2, 3):

Stap 1a:	paracetamol;
Stap 1b:	NSAID;
Stap 1c:	paracetamol + NSAID;
Stap 2:	overstappen op of toevoegen van een zwakwerkend opioïde;
Stap 3:	overstappen op of toevoegen van een sterkwerkend opioïde;
Stap 4:	parenterale toediening van een opioïde.

CONTROLES

Controletijdstippen huisarts bij delegeren behandeling: na drie weken, twee maanden en op indicatie (bijv. debridement). Beoordeel de wond, vraag naar therapietrouw, pijn en kwaliteit van leven.

VERWIJZEN

Verwijs naar dermatoloog of vaatchirurg bij:

- geen genezingstendens na twee maanden behandeling of twijfel over de veneuze origine;
- groot of diep ulcus waarvoor chirurgie nodig is;
- ulcus waarbij de CVI gecompliceerd wordt door lymfoedeem;
- indicatie voor duplexonderzoek (mobiele patiënten met varices en belangstelling voor vaatchirurgie, enkel-armindex < 0,9).

Geen genezingstendens na twee maanden is naar onze mening een te lange termijn. Vanuit de patiënt geredeneerd zouden wij kiezen voor een periode van maximaal zes weken.

NAZORG EN PREVENTIE

Bij patiënten met een genezen ulcus cruris venosum zijn de volgende zaken van belang:

- Het langdurig dragen van therapeutische elastische kousen is van groot belang om adequate compressie te handhaven. Het dragen van dergelijke kousen stuit bij veel patiënten op weerstand. Bespreek daarom duidelijk de voordelen: voorkómen van een recidief van het veneuze ulcus, bescherming bij het stoten, tegengaan van oedeemvorming en een minder moe gevoel in de benen. Ook de nadelen dienen expliciet aan de orde te komen: moeilijk aantrekken, stijf gevoel in de benen, cosmetisch minder fraai en de noodzaak van levenslang dragen.
- Voorlichting. Bij de nazorg gelden nog steeds dezelfde adviezen als bij ambulante compressietherapie, alleen het oefenen wordt nu gedaan met de elastische kous aan.
- Huidverzorging. Om de huid in goede conditie te houden is het advies om elke dag de huid met een indifferente crème/zalf (deze zijn hypoallergeen en parfumvrij) in te smeren.

In Nederland zijn diverse vormen van samenwerking tussen huisartsen, thuiszorg en ziekenhuizen ontwikkeld met praktische handleidingen. Voorbeelden daarvan zijn te vinden bij Evean thuiszorg, Buurtzorg Den Bosch, Doetinchem en Reinier de Graaf Groep in Delft. De recent aan IGZ aangeboden criteria voor Wondexpertise Centra bieden snelle diagnostiek en meer eenduidigheid in de behandeling, die de patiënt ten goede komen.

LITERATUUR

1. Charles H. 2002 **Venous leg ulcer pain and its characteristics.** Journal of Tissue Viability 12, 4 154-158.
2. De Graeff A, Hesselmann GM, Krol RJA, Kuyper MB, Verhagen EH, Vollaard EJ, editors. 2006 **Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk.** Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, p. 565-621.
3. Eccles M, Freemantle N, Mason J. 1998 **North of England evidence based guideline development project: summary guideline for non-steroidal anti-inflammatory drugs versus basic analgesia in treating the pain of degenerative arthritis.** The North of England Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Guideline Development Group. BMJ 317:526-30.
4. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, Chant T, Foy C, Earnshaw JJ, et al. 2007 **Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial.** BMJ 335:83.
5. Heinen M et al. 2006 **Supporting adherence and healthy lifestyles in leg ulcer patients: systematic development of the Lively Legs program for dermatology outpatient clinics.**
6. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). 2005 **Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum.** ISBN 90-8523-059-4.
7. Nelson EA, Harper DR, Prescott RJ, Gibson B, Brown D, Ruckley CV. 2006 **Prevention of recurrence of venous ulceration: randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression.** J Vasc Surg 44:803-8.
8. Persoon A, Heinen M, Achterberg van T, Vleuten van der C, Rooij de M, Kerkhof van de P. 2003 **The impact of leg ulcers on daily life: a review.** Department of Nursing Science, UMC St Radboud Nijmegen, Department of dermatology, St.Maarten Hospital, Venlo.
9. Phillips T, Stanton B, Provan A, Lew R. 1994 **The impact of leg ulcers on Quality of life: financial, social and psychologic implications** Journal of American Academy of Dermatology 31,1 49-53.
10. Schuren JFHM. 2011. **Compression Unravelled.** Proefschrift
11. Stoffers HEJH, Kester ADM, Rinkens PALM, Kitslaar PJEHM, Knottnerus JA. 1996 **The diagnostic value of the measurement of the ankle-brachial systolic pressure index in primary health care.** J Clin Epidemiol 49:1401-5.
12. Timm KC 2004 **Invloeden op pijn bij patiënten met een ulcus cruris op basis van veneuze insufficiëntie.** Afstudeeropdracht MANP, INHolland, Diemen.

*** Karin Timm MA ANP, namens de WCS commissie ulcus cruris**