

# Ulcus Cruris: Behandelingsmodaliteiten in het AZN

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Auteur:</b>              | H.J.L. van Gerwen                           |
| <b>Vertaald/bijgewerkt:</b> |   |
| <b>Nieuwsbrief:</b>         | 1993  |
| <b>Pagina:</b>              | 41-42                                       |
| <b>Jaargang:</b>            | 9   |
| <b>Nummer:</b>              | 4   |
| <b>Toestemming:</b>         |   |
| <b>Illustraties:</b>        |   |
| <b>Bijzonderheden:</b>      | congresnummer, voordracht                   |
| <b>Kernwoorden:</b>         | ulcus cruris wondbehandeling psycho-sociaal |
| <b>Literatuur:</b>          |   |

Ulcus cruris is een veel voorkomende aandoening in de Westerse wereld. In Nederland zijn naar schatting 60 tot 80 duizend mensen lijdende aan een open been. Bij de meeste van deze ulcera is er sprake van een voornamelijk veneuze oorzaak. Andere oorzaken zijn arteriële insufficiëntie en arteriolaire insufficiëntie (stoornissen in de microcirculatie niet ten gevolge van arteriële of veneuze insufficiëntie zoals die kunnen voorkomen bij hypertensie of diabetes).

Het ulcus cruris venosum wordt beschouwd als een ultieme eindstadium van Chronische Veneuze Insufficiëntie (CVI).

CVI is een klinisch ziektebeeld dat kan ontstaan na lang bestaande:

1. oppervlakkige veneuze insufficiëntie (spataderen),
2. diepe veneuze insufficiëntie, of
3. beide

In een vroeg stadium wordt CVI gekenmerkt door oedeemvorming, stuwingsvlekjes en een corona flebectica. Door chronisch oedeem en stuwingsvlekjes kunnen in een later stadium hyperpigmentaties, verharding van de huid (lipodermatosclerose), lymfoedeem, atrofie blanche en tenslotte ook ulcera ontstaan.

Bij de behandeling van het ulcus cruris dient allereerst de oorzaak van de slechte wondgenezing te worden vastgesteld. Is er sprake van CVI, en zijn eventuele andere mogelijke oorzaken (met name arteriële insufficiëntie) uitgesloten, dan dient nagegaan te worden in hoeverre er sprake is van oppervlakkige danwel diepe veneuze insufficiëntie. Relevante spataderen kunnen eenvoudig behandeld worden, bijv. door sclerotherapie. Voor diepe veneuze insufficiëntie is er vooralsnog, helaas, geen herstellende therapie voorhanden. De therapie is dan gericht o.a. op oedeembestrijding aangezien oedeem de wondgenezing vertraagt.

Zoals bekend berust de therapie van het ulcus cruris venosum op het niet-elastische ambulante compressieverband. Met dit verband kan bestaand oedeem snel worden verdreven en is

nieuwe oedeemvorming praktisch onmogelijk. Bij spierbewegingen worden, doordat het verband niet meegeeft, zeer hoge drukken op het been uitgevoerd waardoor weefselvocht terug de venen en ook de lymfevaten worden geperst. Essentieel is dus dat de patiënt 'ambulant' is.

De lokale wondverzorging bij het ulcus cruris venosum dient gericht te zijn op:

- verwijdering necrose
- voorkomen van infectie
- bescherming gezonde huid
- voorkomen contactallergieën
- bevorderen van granulatie
- bevorderen van epitheliasatie

Na genezing van het ulcus dient er voor zorg gedragen te worden dat er geen recidief ulcus optreedt. Naast een goede voorlichting over het ziektebeeld zelf, eet- en leefgewoonten, schoeisel en dergelijke, spelen adequate elastische kousen daarbij natuurlijk een essentiële rol.

Patiënten met open benen worden naar het academisch ziekenhuis verwezen in de regel via de huisarts of dermatologen. Veelal hebben ze dan al een behandeling achter de rug, die niet tot voldoende resultaat heeft geleid. Meestal is er dan sprake van gecompliceerde ulcera met meerdere oorzaken. Binnen het ziekenhuis bestaan er voor de behandeling van ulcera cruris vier behandelingsmethoden:

- Poliklinische behandeling
- Klinische behandeling;
- Dagbehandeling
- Thuisbehandeling

## **Poliklinische behandeling**

Een keer per week bezoekt de patiënt onze speciale polikliniek voor flebologie. Hier vindt, na uitgebreide diagnostiek, wondverzorging plaats en wordt er indien er sprake is van CVI een compressief verband aangelegd. Dit verband blijft gedurende de hele week zitten.

Voorwaarde voor een dergelijke poliklinische behandeling is dat de patiënt mobiel is, en de ulcera mogen niet te vies of nattend zijn. In het algemeen is een ulcus op deze manier binnen enkele maanden genezen.

## **Klinische behandeling**

Wordt er poliklinisch gedurende 6 weken onvoldoende vooruitgang geboekt of wordt er een poliklinische behandeling bij voorbaat al weinig succesvol geacht, dan kan een klinische behandeling aangewezen zijn. Het principe van de behandeling berust niet meer op het ambulante compressieverband maar juist op strikte bedrust. Door de patiënt in horizontale positie te leggen wordt de hoge perifere veneuze druk genormaliseerd, verdwijnt oedeem en treedt meestal herstel op van de microcirculatie, waardoor ook de wondgenezing herstelt. In een klinische setting kan de wondverzorging dagelijks plaatsvinden en de mogelijkheden voor diagnostisch onderzoek zijn uitgebreider dan bij poliklinische behandeling. Met de klinische behandeling zijn in de regel de meer gecompliceerde ulcera ook binnen enkele

weken tot maanden genezen. Nadeel van een klinische behandeling is dat de patiënt gedurende enkele weken tot maanden uit zijn sociale leefmilieu wordt gehaald.

## Dagbehandeling

Sinds kort is er op de polikliniek Dermatologie van het AZN een vorm van dagbehandeling van start gegaan, Arbeids- en Tijds- Intensieve Behandeling (ATB) genoemd. Hier kunnen patiënt met ernstige vormen van eczeem of proriasis zonodig dagelijks een intensieve behandeling ondergaan. Ook voor patiënt met een ulcus cruris kan een beroep op deze vorm van zorg worden gedaan. Indien poliklinische behandeling 1x per week onvoldoende is, bijvoorbeeld bij erg vieze of nattende ulcera, kunnen patiënten op de ATB meerdere malen per week terecht voor wondverzorging en verwisseling van het compressieverband. Bovendien kan voor de patiënt per consult meer tijd worden vrijgemaakt dan op het flebologisch spreekuur, bijvoorbeeld een half uur tot drie kwartier in plaats van 15 minuten. Ook voor patiënten die om wat voor reden dan ook niet opgenomen kunnen of willen worden biedt de ATB een alternatief.

## Thuisbehandeling

Het is duidelijk dat met de boven genoemde vormen van zorg een genezing van de ulcera binnen afzienbare tijd wordt nagestreefd. Bij een klein aantal patiënten echter is klinische behandeling niet mogelijk of niet succesvol en leidt ook poliklinische of dagbehandeling niet tot het gewenste resultaat. Deze patiënten zijn aangewezen op langdurige behandeling en verzorging van hun open been. Gezocht wordt dan naar vormen van thuisbehandeling. Soms kan een partner de wondverzorging overnemen, maar veelal wordt er een beroep gedaan op de wijkverpleegkundige. De patiënt blijft onder controle van de dermatoloog, bijvoorbeeld 1x per maand.

Deze vorm van transmurale zorg vereist een goede communicatie en samenwerking tussen wijkverpleging en polikliniek.

Hoewel voor de behandeling van ulcus cruris dezelfde principes gehanteerd worden, hebben elk van bovengenoemde vormen van zorg hun eigen specifieke kenmerken. Bij iedere patiënt die nieuw binnenkomt dient dan ook, na uitgebreide inventarisatie van zowel klinische als sociale aspecten, te worden overwogen welke behandelingsmodaliteit uiteindelijk voor de individuele patiënt de beste zorg kan bieden. Ook gedurende de behandeling dient altijd nog, in het belang van de individuele patiënt, de mogelijkheid van overplaatsing naar een ander behandelingsmodaliteit te worden overwogen. Zorg op maat!

H.J.L. van Gerwen, arts-assistent Dermatologie Academisch Ziekenhuis Nijmegen