



Bernadette van Haaster,  
Stomaverpleegkundige  
Academisch Ziekenhuis  
Leiden.  
Augustus 1994.

## Pyoderma Gangrenosum (P.G.)

*Pyoderma Gangrenosum (P.G.) is een zeldzaam voorkomende ideopatische afwijking van de huid, welke zich kenmerkt door chronische zich voortvretende uitbreidende ulcera die meestal met veel weefselafbraak gepaard gaat.*

P.G. komt bij ons in het ziekenhuis met enige regelmaat voor, met name bij patiënten met de ziekte van Crohn en Colitis ulcerosa. Het is belangrijk dat P.G. op tijd onderkent wordt omdat het vaak een langdurige pijnlijke en hardnekkige aandoening betreft. Ik wil u iets gaan vertellen over het herkennen, diagnostiseren en verzorgen/behandelen ervan.

De ulcera gaan meestal niet dieper dan de subcutis. Rondom het ulcus zien we vaak donkere blauw/rode geïnfiltreerde weke randen, soms met kleine pustels en/of abscesjes gepaard gaande.

P.G. kan verspringen en komt veelal ook op andere plaatsen op het lichaam voor. Benen, billen, schouders zijn predilectieplaatsen.

De aandoening is zeer therapieresistent en vaak komt de aandoening voor samen met ander onderliggend lijden, (in 50% van de gevallen). We denken dan aan M. Crohn, Colitis Ulcerosa, Diverticulitis, Reumatoïde Artritis, Haematologische maligniteit, Hepatitis, sommige carcinöide tumoren en Myelofibrose (verbindweefseling van beenmerg). In de andere 50% van de gevallen is er geen sprake van onderliggend lijden.

### Oorzaken

Over de oorzaak van P.G. tast men nog grotendeels in het duister. Bij verdenking van P.G. is het goed dat er een uitgebreid intern onderzoek plaats vindt. Als er onderliggend lijden bestaat zal de huidafwijking meestal eerder genezen of verbeteren wanneer de interne afwijking adequaat behandeld wordt.

### Diagnose stellen

Om een diagnose te stellen zal over het algemeen een huidbioptie afgenomen worden. Omdat het een ontstekingsbeeld betreft welke niet specifiek is, kan niet met 100% zekerheid gezegd worden of het hier gaat om een P.G., vasculitis of maligniteit gaat.

De uitslag van de huidbioptie duurt twee weken, aan te raden is om het met enige spoed te laten bepalen zodat zo snel mogelijk met een behandeling gestart kan worden.

Aan het klinische beeld van de aandoening kan meestal ook gezien worden of het hierbij gaat om een P.G.

Om een eventuele secundaire bacteriële infectie te kunnen uitsluiten wordt ook een huid/wondkweek afgenomen. Als er sprake van is wordt deze kortdurend behandeld met b.v. flammazine zalf of chloorhexidine crème.

### Therapie en behandeling

#### I. Corticosteroiden.

Als therapeutische behandeling wordt meestal gekozen voor een corticosteroïde crème of lotion. Er zijn vier groepen corticosteroïden I t/m IV, groep I+II worden meestal bij de wat minder agressieve huidaandoeningen, zoals b.v. excheem, gebruikt. Bij een P.G. wordt afhankelijk van de ernst van de aandoening gekozen voor de groepen III of IV, respectievelijk bijvoorbeeld Celestoderm en/of Betnalan (groep III) en bijvoorbeeld Diprolene en/of Dermovate (groep IV).

Als de P.G. veel pijnklachten geeft kan in een enkel geval lidocaïne 2 tot 5% aan de crème of lotion worden toegevoegd. Corticosteroiden hebben de eigenschap de ontstekingsreactie (oedeem/roodheid) te remmen, wat bevordelijk is voor de genezing, echter het werkt alleen symptomatisch. Een nadeel ervan is dat het de locale afweer onderdrukt en de eiwitmaak remt. Dit laatste kan de wondgenezing weer vertragen.

Bij een langdurig gebruik van corticosteroiden, langer dan 3 maanden, kan verbindweefseling, atrofie en bloedvat-hypertrofie ontstaan. Deze complicaties zijn irreversibel. Indien het nodig is corticosteroiden langer te gebruiken dan 3 maanden dan is het aan te raden een pauze van enkele weken in het gebruik hiervan in te lassen. De meningen hierover zijn verdeeld. Corticosteroiden als locale behandeling heeft geen effect op het immunologisch systeem.

#### II. Sulfapreparaten

Wanneer locale therapie niet afdoende is, wordt soms begonnen met deze medicijnen. Deze worden meestal voorgeschreven voor patiënten met de ziekte van Crohn of Colitis ulcerosa. (b.v. Salazopyrine, Sulfapyrine of Dapson.)



### III. Immunosuppressiva

Wanneer de aandoening erg hardnekkig is en andere middelen niet afdoende zijn. (b.v. Cyclosporine, Immuran of prednison.)

### IV. Cytostatica

Alleen toegepast in uiterst uitzonderlijke gevallen.

## Wondverband en stomamateriaal

Als stomamateriaal wordt meestal een tweedelig systeem geadviseerd met een hele huidplaat, omdat deze hydrocolloid huidplaat over het algemeen het meest huidvriendelijkst is.

Om de wond zo min mogelijk te belasten en inwerking van urine en/of ontlasting op de wond te voorkomen wordt een wondverband onder de huidplaat aangebracht.

In overleg met de dermatologen wordt in onze kliniek, gekozen voor Comfeel ulcus wondverband of Contreet hydrocolloïd occlusie verband.

### Comfeel ulcus wondverband

Dit is een hydrocolloïdplak met een 1 moleculaire absorptielaag. Het laat geen resten achter op de huid. Het exsudaat wordt omgezet in een gel, de gel neemt dezelfde moleculaire waarde aan zodat deze in een keer verwijderd kan worden. Het wondverband kan gebruikt worden onder de normale huidplaat. Er ontstaat occlusie waardoor het wondexsudaat een reactie aangaat met het hydrocolloïd. Doordat er een vochtig milieu gecreëerd wordt kan een versnelde epithalisatie plaatsvinden.

Comfeel ulcus wordt bij voorkeur bij een vochtige wondbehandeling gebruikt waarbij de wond een matig tot sterk exsudaat afgeeft. Het kan gebruikt worden in combinatie met crème of lotion. De voorkeur gaat uit naar een lotion, in combinatie met comfeel. Dit omdat de comfeel een lage kleefkracht heeft en een relatief groot absorptievermogen.

### Contreet Hydrocolloïd occlusieverband

Ook deze plak vormt een gellaag omdat het exsudaat een reactie aangaat met het hydrocolloïd. Dit wondverband is specifiek gemaakt om occlusie en zalftherapie te combineren. De hechtkracht van deze plak is groter, het absorptievermogen kleiner.

Bij een "rustige" Pyoderma G. met weinig tot geen exsudaat kun je dit wondverband beter gebruiken.

Een crèmeth therapie heeft als behandeling over het algemeen meer effect dan een lotiontherapie. De crème werkt dieper en langduriger op de huid in. Verder is het aan te raden het wondverband niet te vaak te verwisselen, omdat bij iedere verbandwisseling een temperatuurswisseling optreedt, waardoor de genezing gestagneerd kan worden. Meestal adviseer ik het stoma en wondmateriaal max. 2 à 3 keer per week te verwisselen. Zowel de crème als lotion dienen heel dun aangebracht te worden.

### Calcium alginaat.

Om de wond goed schoon te krijgen kan in overleg met de dermatoloog gekozen worden voor een alternatief in de vorm van een calcium alginaatwondverband. Het is een natuurprodukt gemaakt van o.a. zeewier op basis van calcium. Het heeft het vermogen om veel vocht te absorberen, het debridement van de wond verdwijnt waardoor op een natuurlijke wijze een schone wond gecreëerd wordt. Daarna kan eventueel worden overgegaan op de hydrocolloïden. De meningen over de toepassing van calcium alginaatverbanden bij P.G. zijn verdeeld.



# Casusbespreking behorende bij artikel Pyoderma Gangrenosum

## Casus I

Mw. X, 82 jaar, weduwe

*Voorgeschiedenis:*  
Reumatoïde Artritis  
Diverticulitis en aanleg eindstandig  
colostoma (ander ziekenhuis)

Twee weken postoperatief ontwikkelt Mw. wondjes distaal en proximaal van het stoma welke scherp begrensd waren en welke leken op min of meer uitgeponste ulcussen.

*Diagnose:*  
Pyoderma Gangrenosum.

*Therapie:*  
Betnalan scalp lotion (groep III)  
Betnalan crème.

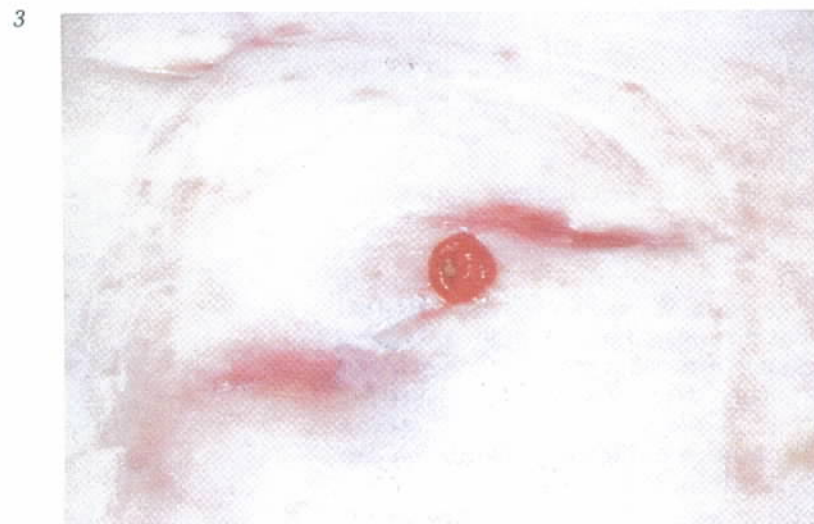
*Materiaal:*  
Comfeel ulcus wondverband.  
Een tweedelig systeem.  
Colostomie zakjes mt. 70 mm.  
Hele huidplaat mt. 70 mm.  
Stomahesive pasta.  
Gordeltje.  
Barrière crème.  
Kraanwater om de wondjes te reinigen.

Het distale ulcus heeft een rood granulerende wondbodem. Het proximale ulcus laat een geel beslag zien met aan de randen een blauw doorschemerende huid. (foto 1)

Mw. tobt al enige maanden met deze ulcussen zonder dat er een diagnose gesteld wordt. Mw. werd ook niet doorverwezen naar een stomaverpleegkundige en/of dermatoloog.

Mw. gaf op dat moment veel pijn aan en had frequent lekkage van wondvocht en ontlasting onder de huidplaat. De huidplaat moest soms 2 à 3 keer per dag verschoond worden, wat uiteraard zeer pijnlijk was.

Mw. is op aandringen van haar dochter doorgestuurd naar ons ziekenhuis, hier werd door de dermatoloog een P.G. gediagnostiseerd. Omdat mw. veel pijn aangaf bij het aanbrengen van de lotion werd overgegaan op Betnalan crème. Na vijf maanden van intensieve behandeling en bezoek aan de dermatoloog en stomapolie was er enige progressie te zien in de wondgenezing. (foto 2) De wondjes waren beduidend kleiner en schoner geworden, bovendien was het voor mevrouw nauwelijks meer pijnlijk om het stomamateriaal te verschoonen. Na weer twee maanden was de P.G. zo goed als genezen en kon mw. worden ontslagen van verder polikliniekbezoek. (foto 3)





# Casus II

Mw. Y. 26 jaar, gehuwd.

## Voorgeschiedenis

- : Sinds 1 jaar C. ulcerosa.
- : Langdurig conservatief behandeld
- 1e o.k. : Subtotale colectomie + eindstandig ileostoma.
- 2e o.k. : Proctosigmoidresectie + aanleggen van een ileoanaalanas-tomose met beschermend dubbelloops ileostoma.
- 3e o.k. : Stoma opgeheven.
- 4e o.k. : Scopie en onderzoek onder narcose i.v.m naaddehiscentie v/d pouch en abcesvorming.
- 5e o.k. : Aanleggen eindstandig ileostoma (i.p.tijdelijk, voor 6 mnd). Hierna zou een reanas-tomose plaatsvinden.

Drie maanden postoperatief ontwikkelt mw. een parastomale niet specifieke huidlaesie.

Diagnose : Pyoderma Gangrenosum.

Therapie : I.v.m met een secundaire bacteriële infectie start mevrouw eerst twee weken met flammazinezalf.

Daarna Betnalan lotion.

Mw. begint ook met medicijnen per os, (Dapson tabletten).

Materiaal : Comfeel ulcus wondverband (I.v.m. met veel exsudaat.)

Tweedelig systeem.

Ileostomie zakjes mt. 45 mm.

Hele huidplaat mt. 45 mm.

Stomahesive pasta.

Barrière crème. (beschermen omliggende huid)

Kraanwater om de wondjes te reinigen.

Bij foto 1 ziet u de P.G. in het beginstadium voordat de behandeling gestart werd. Vanwege een bacteriële infectie werd er dus eerst 2 weken flammazine zalf voorgeschreven. Daarna werd gestart met Betnalan lotion en een aanvullende orale therapie per os.

Om de wond zo min mogelijk te belasten en inwerking van ontlasting te voorkomen werd onder het gangbare stomamateriaal een wondverband aangebracht in de vorm van Comfeel ulcus. Als stomamateriaal werd een hydrocolloïd huidplaat aangebracht, tevens werd er een barrière crème aangebracht. De crème of lotion dienen altijd heel dun aangebracht te worden. Het wondverband moet ruim om de wond worden aangebracht, dit om een goede hechting te verkrijgen. Daarna wordt het eigenlijke stomamateriaal bevestigd.

Later (foto 2, pag. 36) ziet u de P.G. in een wat rustiger stadium, 1½ maand na start van de behandeling. De wond is weliswaar groter maar wel schoner en iets minder diep. Rechts onder is een nieuwe pustel ontstaan, daarnaast is er atrofie van de huid en enige bloedvathypertrofie te zien.

Foto 3 laat de P.G. zien ± 4 mnd. na start van de behandeling. De huid is zo goed als dicht, maar laat wel littekenweefsel en een atrofisch aspect zien.

Mw. geeft geen pijn meer aan en het stomamateriaal blijft goed zitten. Mw. verwisselt 3x per week de huidplaat en gebruikt in dit stadium, op advies van de dermatoloog, ook nog steeds het Comfeel wondverband. De Betnalan lotion is gestopt.

## Tot slot

Niet iedere behandeling is altijd direct een schot in de roos en er zijn vele wegen die naar Rome leiden. Met andere woorden: Bij de behandeling van P.G. zijn wellicht ook andere wondverbanden toepasbaar. Het is goed om hier voor open te blijven staan en elkaars deskundigheid en ervaring te gebruiken.

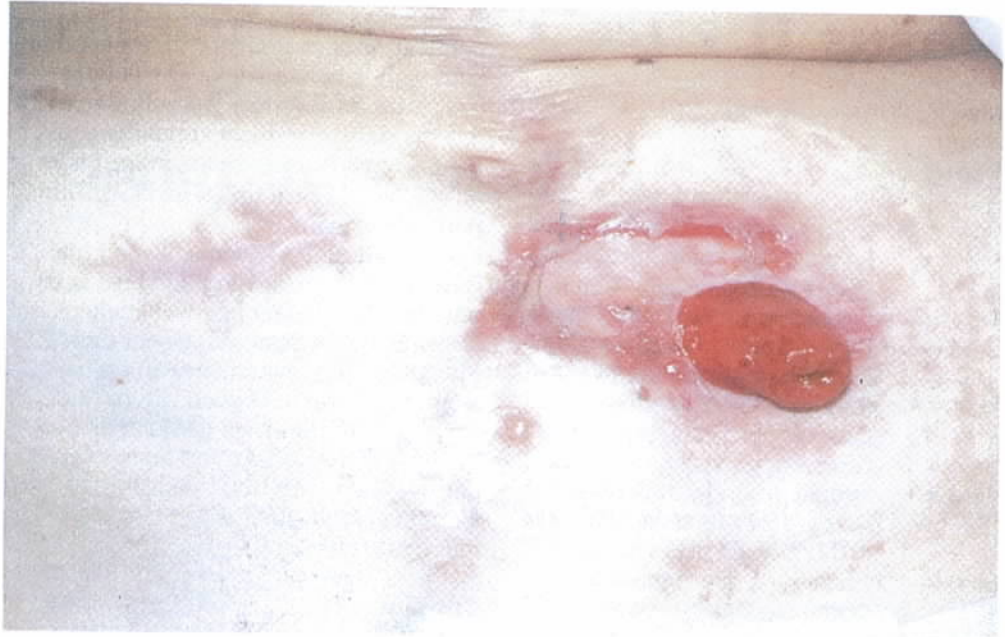
De behandeling en genezing van P.G. is vaak een langdurige en pijnlijke geschiedenis. Voor de patiënt is het over het algemeen een moeilijke periode waarin hij zich heen en weer geslingerd voelt. Een deskundige begeleiding op zowel technisch als psychisch vlak is dan ook een vereiste.

Het is goed de patiënt erop te wijzen dat het normaal is dat het genezingsproces lang op zich kan laten wachten. De patiënt zich hier dan psychisch op in stellen. Met dank aan Dr. S. Pavel, dermatoloog, A.Z.L., die bereid was zijn visie en literatuur aan te bieden over dit onderwerp.



1

2



3



Literatuurlijst:

Pyoderma Gangrenosum behandelprotocol,  
*Dermatologieklaapper A.Z.L.*

*Pyoderma Gangrenosum at parastomal site in  
patients with Crohn's disease.*  
Mc Garity, W.C. Oktober 1984.

*Dermatologie considerations of stoma care*  
Rothstein M.S. September 1986

Treating peristomal Pyoderma Gangrenosum, a  
case study.  
Mash M.J. and Poteete V.R.  
*Ostomy and Woundcare*, summer 1987

Pyoderma Gangrenosum parastomaal  
C.Carmiggelt  
*Stomacare course*, London 1987