

Veneus ulcus, of toch niet?

Calmeyn Klaas, Dubocage Guy*

Casus

Een patiënt werd door de huisarts doorverwezen naar de wondzorgkliniek omwille van niet-genezende ulcera ter hoogte van beide onderbenen. Deze waren volgens de verwijfsbrief een tweetal maanden geleden spontaan ontstaan en waren de laatste weken geleidelijk groter en natter geworden.

Hij presenteerde zich met oppervlakkige, sterk exsuderende zones in combinatie met droge, schilferachtige zones verspreid over beide onderbenen. Daarnaast rapporteerde hij regelmatig jeuk en 's avonds een zwaar gevoel in de benen. Het betrof een man van 89 jaar met een voorgeschiedenis van onder andere diabetes type 2 (1995), chronische nierinsufficiëntie (2014) en chronisch veneuze insufficiëntie (2018). Er werd een arterieel onderzoek uitgevoerd met geruststellend resultaat.

De man kreeg dagelijks thuisverpleging. In de thuissituatie werd er eerst gebruik gemaakt van een enzyme-alginogel en later van een schuimverband, maar beiden gaven onvoldoende resultaat. Bij de man werd vroeger compressietherapie toegepast met behulp van niet-elastische windels (korte rek zwachtel), maar een viertal maanden geleden weigerde de patiënt om dit nog verder te dragen. In de wondzorgkliniek werd op basis van de anamnese, de medische voorgeschiedenis en het klinisch uitzicht de diagnose gesteld van stasedermatitis met nattend eczeem (foto 1). Een behandeling met topicale corticosteroïden en compressietherapie werd gestart (foto 2).

Wat is stase dermatitis?

Stasedermatitis, veneus eczeem of hypostatisch eczeem is een chronisch inflammatoire huidaandoening die voor-



Foto 2. Rechteronderbeen d.d. 23-09-2020.



Foto 3. Droog eczeem.



Foto 1. Rechteronderbeen d.d. 19-08-2020.



Foto 4. Nattend eczeem.

komt bij personen met chronisch veneuze insufficiëntie. Het wordt gekenmerkt door onscherp begrensde rode plekken en eczematuze zones ter hoogte van de onderste ledematen. Het eczeem kan variëren van een droge, schilferige huid (foto 3) tot open nattende zones (foto 4). In vele gevallen gaat het gepaard met jeuk. Patiënten met chronische dermatitis kunnen acute opstoten ontwikkelen. Deze gaan gepaard met een toename van de roodheid en een verergering van het eczeem (1,2,3).

Wat is chronisch veneuze insufficiëntie?

Chronisch veneuze insufficiëntie is een veelvoorkomende aandoening waarvan het risico toeneemt met de leeftijd en meer voorkomt bij vrouwen. Bij veneuze insufficiëntie is de terugvloeit van het bloed uit de benen naar het hart verstoord. Mogelijke oorzaken zijn het falen van de kuitspierpomp, slecht functionerende vaatkleppen en een beschadiging of obstructie van de aders. Door de veneuze reflux ontstaat er veneuze hypertensie waarbij de druk in de

Tabel 1: Huidveranderingen bij chronisch veneuze insufficiëntie (4,5)

Ankle flare of corona phlebectatica



Foto 5. Ankle flare.

Waaivormige, blijvend verwijde bloedvaatjes ter hoogte van de binnen- of buitenenkel en de voetrand.

Okerdermatitis of hyperpigmentatie



Foto 6. Okerdermatitis.

Bruine verkleuring van de huid door de afzetting van hemosiderine (afbraakproduct van hemoglobine) in de huid. Door veneuze hypertensie lekken rode bloedcellen (en dus ook hemoglobine) uit het bloedvat.

Atrofie blanche



Foto 7. Atrofie blanche.

Witte verkleuring van de huid. Het is een atrofische zone waar de capillairen door klontervorming bijna volledig verdwenen zijn.

Lipodermatosclerose



Foto 8. Lipodermatosclerose.

Pijnlijke verharding en verlittekening van de huid boven de enkel. Door veneuze hypertensie lekken eiwitten zoals fibrine uit het bloedvat. Dit kan een ontstekingsproces veroorzaken dat aanleiding geeft tot lipodermatosclerose.

aders verhoogt. Hierdoor worden vocht, eiwitten en bloedcellen vanuit het bloedvat naar de weefsels geperst (1,3,4). Veneuze hypertensie kan zo aanleiding geven tot de vorming van spataders, zware, vermoeide benen en oedeem. Bij een langdurig bestaande insufficiëntie kunnen er ook huidveranderingen (tabel 1) ontstaan, zoals hyperpigmentatie, atrofie blanche, lipodermatosclerose, stase dermatitis of een veneus ulcus (4,5).

Wat is de differentieel diagnose?

Stasedermatitis wordt door zorgverleners vaak niet herkend of miskend. Hierdoor blijft de droge, schilferige huid en de bijhorende jeuk vaak onbehandeld, wat aanleiding kan geven tot krabletsels wat ook het risico op huidinfecties verhoogt (1). Daarnaast wordt de aandoening vaak verward met andere ziektebeelden zoals contactallergie en cellulitis (1,3,6). Cellulitis is een bacteriële huidinfectie en wordt gekenmerkt door unilaterale roodheid, zwelling en pijn en kan gepaard gaan met koorts (tabel 2). Ook wordt het nattend eczeem soms aangezien als een

(veneus) ulcus en ook als dusdanig behandeld. Dit resulteert in een inadequate of suboptimale behandeling van het eczeem. Door het verkeerdelijk aanbrengen van wondzorgproducten kan er secundair ook een contactallergie ontstaan.

Waaruit bestaat de behandeling?

De behandeling van stasedermatitis bestaat vooreerst uit het aanpakken van de onderliggende veneuze insufficiëntie door aanpassingen in de levensstijl, het toepassen van compressietherapie, medicamenteuze ondersteuning en/of chirurgie (1,2,3).

Daarnaast zijn goede huidhygiëne en huidzorg van groot belang. Het gebruik van neutrale vochtinbrengende crèmes kan droge, schilferige huid verminderen en de jeuk verlichten (2). In het geval van acute en ernstige vormen van stasedermatitis kunnen matig sterk tot sterkwerkende lokale corticosteroïden gebruikt worden om inflammatie, (nattend) eczeem en jeuk onder controle te krijgen (1,3). Het langdurig of foutief gebruik van lokale corticosteroïden

Tabel 2: Differentiaaldiagnose met cellulitis (6)



Foto 9. Veneus eczeem.



Foto 10. Cellulitis.

Kenmerken	Onscherp begrensde roodheid	Scherp afgeijnde roodheid
	Droog of nattend eczeem, vaak gepaard met jeuk	Geen eczeem of jeuk
	Zwelling	Zwelling
	Niet gevoelig bij aanraking	Gevoelig tot pijnlijk bij aanraking
	Vaak bilateraal	Unilateraal
	Geen ingangspoort	Aanwezigheid van een ingangspoort (traumatische wonde, ulcus enz.)
	Geen koorts	Vaak gepaard met koorts, koude rillingen, zweten en onwel voelen
	Normaal aantal witte bloedcellen, normaal CRP	Verhoogd aantal witte bloedcellen, verhoogd CRP
	Voorgeschiedenis van veneuze insufficiëntie, meestal gepaard met bijhorende symptomen zoals oedeem, spataders, hyperpigmentatie etc.	Voorgeschiedenis van veneuze insufficiëntie is mogelijk, maar vaak is er geen relevante voorgeschiedenis

Gebruik lokale corticosteroïden

- Pas de sterkte van het corticosteroïdpreparaat aan de ernst en de lokalisatie van het eczeem aan. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vier categorieën in functie van hun werkzaamheid: van zwak werkzaam tot zeer sterk werkzaam (8).
- Maak een onderscheid tussen de beginfase en de onderhoudsfase (8). Smeer in de beginfase een- à tweemaal per dag totdat het eczeem duidelijk verbeterd is. Nadien kan het gebruik geleidelijk aan afgebouwd worden tot het eczeem volledig onder controle is. Afbouwen kan door hetzelfde product minder vaak te smeren (bijvoorbeeld van eenmaal naar tweemaal per dag naar tweemaal per week om nadien volledig te stoppen) of door over te schakelen naar een minder sterk preparaat. Het is belangrijk om bij het afbouwen of stopzetten van de lokale corticosteroïden opnieuw gebruik te maken van een vochtinbrengende crème om een nieuwe opstoot van het eczeem te voorkomen.
- Smeer met behulp van handschoenen de zalf dun uit op de huid. Gebruik de juiste hoeveelheid door gebruik te maken van de vingertipeenheid (finger tip unit, FTU). Eén vingertipeenheid is de hoeveelheid zalf die past op de top van de wijsvinger en komt ongeveer overeen met 0.5 gram zalf. Zo zijn er twee FTU nodig om een volledige voet en zes FTU om een volledige onderbeen in te smeren (9).

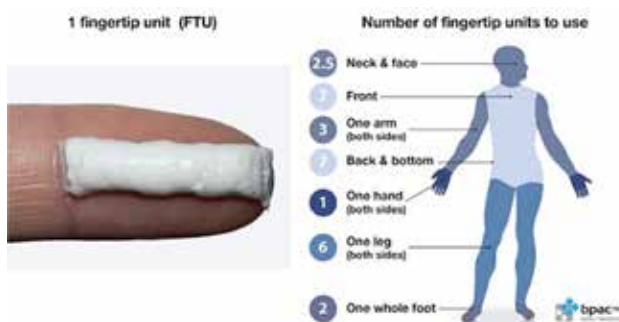


Foto 11. Vingertipeenheid (8).

moet vermeden worden om atrofie van de huid en systemische nevenwerkingen tegen te gaan (1,8). Het correct gebruik van lokale corticosteroïden is daarom van belang.

Hoewel de vaatchirurg en de dermatoloog een sleutelrol spelen in de diagnose en behandeling van veneuze insufficiëntie en eczeem kunnen verpleegkundigen een fundamentele rol spelen in het herkennen van de symptomen, het gericht doorverwijzen, de uitvoering van compressietherapie, het bevorderen van therapietrouw en het leveren van een goede huidzorg.

Literatuur

1. Yosipovitch G, Nedorost ST, Silverberg J, et al. **Stasis Dermatitis: An overview of its clinical presentation, pathogenesis and management.** American Journal Of Clinical Dermatology, 2023;24:275-86.
2. Tran M, Lea V, Zhao C, et al. **Venous eczema and chronic venous disease.** BMJ, 2023;382:1-5.
3. Silverberg J, Jackson, JM, Kirsner RS, et al. **Narrative review of the pathogenesis of stasis dermatitis: An inflammatory skin manifestation of venous hypertension.** Dermatology and therapy, 2023;13:935-50.
4. Harding K, Dowsett C, Fias L, et al. **Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations.** Wounds International, 2015.
5. Sundaresan S, Migden MR, Silapunt S. **Stasis Dermatitis: Pathophysiology, Evaluation, and Management.** American Journal of Clinical Dermatology, 2017;18:383-90.
6. Nazarko L. **Red legs: how to differentiate between cellulitis, venous eczema and lipodermatosclerosis.** British journal of community nursing, 2022;27:486-94.
7. Cellulitis, www.dermnetnz.org/topics/cellulitis, 12/08/2024.
8. Corticosteroïden voor de huid, www.rijnstate.nl/aandoening-en-behandeling/corticosteroïden-voor-de-huid/, 15/07/2024.
9. Betamethasone, www.mymedicines.nz/home/sheet/knUP8-Tie1Q=, 15/07/2024.

*Calmeyn Klaas, verpleegkundig specialist wondzorg AZ Delta, Roeselare. Werkgroep lid WCS België
 Dubocage Guy, gespecialiseerd wondverpleegkundige/diabeteseducator ELG De Piramide, Wevelgem. Werkgroep lid WCS België