

CBO RICHTLIJN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN HET ULCUS CRURIS VENOSUM

K. Timm *

Dit keer een artikel over shave-therapie bij ulcus cruris. Een therapie die genoemd wordt in de CBO, maar bij de commissie ulcus cruris onbekend was. Een reden om de lezers op de hoogte te brengen van deze behandelmethode.

Citaat uit de CBO Richtlijn: "Door Schmeller werd nog een bijzondere techniek beschreven: excisie van het ulcusgebied en alle dermato et liposclerosis tot op het gezonde weefsel en vervolgens een 'split skin graft'. Bij 59 patiënten (76 ulcera) gaf dit in drie maanden een genezing van 79%. Helaas is deze techniek niet beschreven door anderen en is er geen gerandomiseerd onderzoek van".

Dat nodigt uit tot een speurtocht naar artikelen over shave therapie. Natuurlijk zijn er recente artikelen die nog niet in de CBO richtlijn opgenomen konden worden. In één van die artikelen wordt de geschiedenis beschreven¹: Eind jaren '80 werd shave therapie ingevoerd door Quaba et al (1987). Hij beschreef de methode van het uitsnijden en verwijderen van lipodermatosclerose in horizontale lagen met behulp van een dermatoom. Dit roept natuurlijk direct vragen op als: wat is lipodermatosclerose en wat is een dermatoom?

LIPO ET DERMATOSCLEROSE

De druk in het veneuze systeem is bij een staande patiënt met veneuze insufficiëntie even hoog als bij een gezonde persoon. Bij lopen daalt bij gezonde mensen de druk door het samenspel tussen goed werkende kleppen en kuitspiercontracties (de spierpomp); bij de patiënten met veneuze insufficiëntie gebeurt dat niet. Door de gemiddeld te hoge druk in de venen raken de capillairen (die niet op hoge druk berekend zijn) verwijd, verlengd en gekronkeld en gaan ze lekken. De capillairen zijn lek, wijken uiteen, vocht en erythrocyten lekken er uit, maar ook

fibrinogeen. Buiten het vat wordt dit omgezet in fibrine. De fibroblasten gaan op de fibrine matrix collageenvezels afzetten. Gevolg is dat het oedeem steeds minder pitting wordt en de huid gaat stugger gaat aanvoelen, fibrotisch. Dit wordt lipodermatosclerose genoemd.

De overliggende huid gaat abnormaal verhoornen (hyperkeratose); het mechanisme daarvan is onduidelijk. Door het oedeem neemt de diffusieafstand voor zuurstof toe. In de abnormale capillairen zijn de stroomverhoudingen zo ongunstig dat steeds meer capillairen door microthrombi vorming sneuvelen^{2,3}. Ankylose, verstijving van het enkelgewricht, is een bijkomend verschijnsel bij lipodermatosclerose in de enkelregionen en achillespees.

INDICATIE

Voornameulijk ulcera cruris die zijn ontstaan als gevolg van een posttrombotisch syndroom geven thera-

pieresistentie⁴.

De patiënten die werden geïncludeerd in het door het CBO aangehaalde onderzoek, hadden allen 'non-healing wounds'. Dit begrip werd toegekend aan wonden die geen genezigstendens vertoonden na 3 maanden of na één jaar van optimale behandeling nog niet gesloten waren.

De primaire behandeling bij het ulcus cruris is compressietherapie, waarmee 80% van de wonden ook sluit. Echter 30% van deze wonden kent een recidief ulcus binnen één jaar. Een behandeling met minder kans op recidief zou uitkomst bieden.

Als er geen sprake is van lipodermatosclerose, is er geen reden voor shave therapy. Lipodermatosclerose wordt gediagnosticeerd door klinisch blik of echografie⁵. Als eerdere split skin transplantaties zijn mislukt of als er uitgebreide ulceraties aanwezig zijn, als er sprake is van diep veneuze insufficiëntie of ulcera bij gecombineerd vaatlijden, kan voor deze behandeling worden gekozen.

METHODE

Bij voorkeur is het ulcus niet geïnfecteerd; eventueel wordt het ulcus preoperatief behandeld met antibiotica op geleide van het antibiogram. Indien de patiënt een lager Hb heeft dan 10 mmol/liter, is het raadzaam



[Afbeelding 1]



Dermatoom [Afbeelding 2]

om de bloedgroep voor de ingreep te laten bepalen.

De ingreep vindt plaats onder algehele of spinaal anesthesie, bij kleine ulcera kan ook voor lokaal anesthesie worden gekozen, als het subcutane weefsel niet is aangedaan door lipodermatosclerose.

De omvang van de donorhuid wordt voor het shaven bepaald. De donorhuid moet tussen de 0.3 en 0.8mm zijn en wordt van het dijbeen genomen. Indien grotere oppervlaktes nodig zijn, wordt vaak voor buik of billen gekozen als donorplaats.

De gehele geïndureerde huid naast en onder het ulcus, boven de fascie, wordt vervolgens in horizontale lagen geëxcideerd totdat zacht weefsel wordt aangetroffen en puntbloedinkjes optreden. Dit toont aan dat de microcirculatie aanwezig en suffiënt is. Vervolgens wordt het split skin graft aangebracht, dit wordt gefixeerd met nietjes.

In enkele gevallen wordt direct een chirurgische ingreep van de vena saphena magna of insufficiënte perforantoren uitgevoerd.

Postoperatief wordt de wond afgedekt met Mepitel en gaas en wordt compressietherapie toegepast. Vier tot vijf dagen na de operatie vindt de verbandwissel plaats.

ONDERZOEK

Terug naar het in het CBO genoemde onderzoek. 80 Patiënten met 105 ulcera werden geïnccludeerd van januari 1994 tot oktober 1997. 59 Patiënten met 76 ulcera werden 3 maanden na behandeling onderzocht op korte termijn resultaten; 18 patiënten met 26 ulcera werden onderzocht op lange termijn resultaten effecten.

Bij de korte termijngroep was het genezingspercentage 79%, bij de lange termijngroep, respectievelijk na één jaar en acht maanden en na 2

jaar en acht maanden, was het genezingspercentage 88%.

Het onderzoek vergeleek de microcirculatie in de wondranden voor shave therapie en in de randen van de split skin graft. Er werd een significante verbetering in laser Doppler flow en trans- en intracutane zuurstofspanning aangetoond.

Vergeleken bij andere chirurgische ingrepen, zoals ulcus excisie en fasciotomie, is de shave therapie relatief eenvoudig en geeft het een cosmetisch bevredigend resultaat.

Toch is compressietherapie met behulp van therapeutisch elastische kousen of zwachtels, levenslang nodig; de diepe venen blijven insufficiënt. Lange termijn effecten worden dus ook beïnvloed door de rapietrouw van de patiënt.

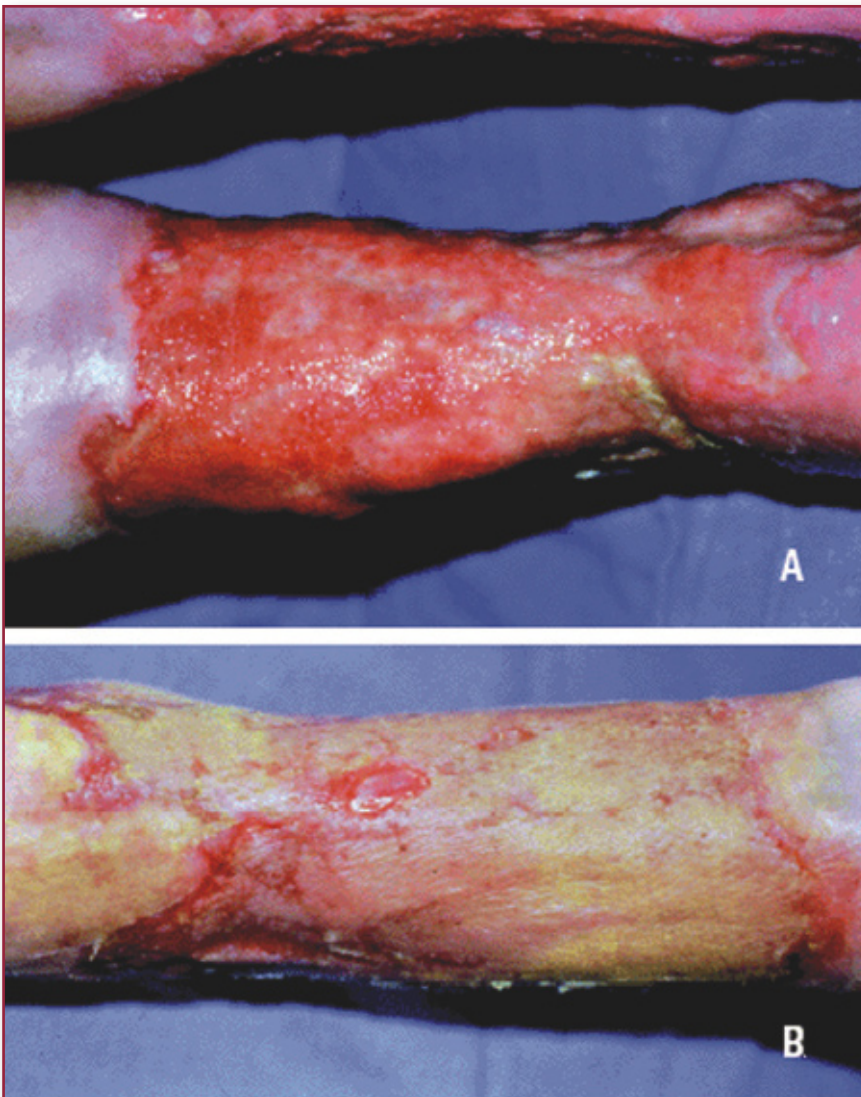
Shave therapie geeft betere resultaten dan het plaatsen van grafts op granulerende ulcera.

In de toekomst zou een vergelijkend onderzoek shave therapie in combinatie met een graft versus negatieve druk therapie in combinatie met een graft, of shave therapie in combinatie met negatieve druktherapie, waardevol zijn om deze therapie wellicht meer onder de aandacht te brengen.

* Karin Timm, bestuurslid WCS

LITERATUUR

1. Bechara, FG. et al. Shave therapy for chronic venous ulcers- a guideline for surgical management and postoperative wound care. *Plastic surgical nursing* 2006;26
2. Fagrell B. Microcirculatory disturbances - the final cause for venous leg ulcers? *Vasa* 1982;11:101-103.
3. Leu HJ. Morphology of chronic venous insufficiency: light and electron microscopic examinations. *Vasa* 1991;20:330-342.
4. Schmeller W. et al. Shave therapy is a simple, effective treatment of persistent venous leg ulcers. *J Am Acad Dermatology* 1998;39:232-8
5. Kirsner R.S et al. The clinical spectrum of lipodermatosclerosis. *J Am Acad Dermatology* 1993;28:623-627



[Afbeelding 3]