

CBO RICHTLIJN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN HET ULCUS CRURIS VENOSUM

THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSEN EN TROMBOSE PREVENTIE

K. Timm *

De chronische veneuze insufficiëntie wordt vaak veroorzaakt door het posttrombotisch syndroom: de lange termijn complicatie van een diep veneuze trombose. Schattingen lopen uiteen, maar gemiddeld één van de drie patiënten die een diep veneuze trombose doormaakt, ontwikkelt posttrombotische complicaties in de daarop volgende vijf jaar. De kans op het ontwikkelen van chronisch veneuze insufficiëntie na een trombosebeven is kleiner bij het dragen van een therapeutisch elastische kous (TEK). Aldus de CBO richtlijn.

Als bewijs voor deze uitspraak zijn twee onderzoeken gebruikt:

Prandoni P, Lensing AW, Cogo A, Cuppini S, Villalta S, Carta M, et al. The long term clinical course of acute deep venous thrombosis, 1996 en

Brandjes DP, Buller HR, Heijboer H, Huisman MV, Rijk M de, Jagt H, et al. Randomised trial of effect of compression stockings in patients with symptomatic proximal-vein thrombosis, 1997.

Deze artikelen beschrijven de lange termijn effecten van DVT, respectievelijk het effect van TEK op patiënten met diep veneuze trombose.

LANGE TERMIJN EFFECTEN

Diep veneuze trombose komt bij 1 op de 1000 mensen voor. Het kan ontstaan na een chirurgische ingreep of na een trauma en bij patiënten met maligniteiten of stollingsstoornissen. Daarnaast kan het zich ook

spontaan ontwikkelen. Complicaties zijn longembolie, recidiverende periodes en ernstige posttrombotisch aandoeningen zoals veneuze ulceraties, pijn en oedeem.

De behandeling bestaat meestal uit enkele dagen antistolling in de vorm



van heparine, gevolgd door orale antistolling gedurende 3 tot 6 maanden.

Voor deze studie werden 355 patiënten gedurende 8 jaar gevolgd en werd gekeken of in die periode recidieven optraden. Aan de hand van een scoreformulier werd bepaald of er sprake was van een posttrombotisch syndroom.

78 van de 355 patiënten kregen te maken met een recidief; 84 patiënten ontwikkelden een posttrombotisch syndroom, waarvan de meesten binnen twee jaar.

Patiënten met stollingsstoornissen en onderliggende maligniteiten hadden een hoger risico op recidieven.

De uitkomsten van dit onderzoek tonen aan dat patiënten met diep veneuze trombose een grote kans lopen op recidieven en op een posttrombotisch syndroom. Voor meer informatie CBO richtlijn: Diep veneuze trombose en longembolie, 1996.

HET EFFECT VAN THERAPEUTISCH ELASTISCHE KOUSEN OP DIEP VENEUZE TROMBOSE

Het tweede onderzoek wil aantonen dat het ontwikkelen van een post-





trombotisch syndroom en daarmee chronisch veneuze insufficiëntie, kleiner is wanneer een therapeutisch elastische kous wordt gedragen. Een groep van 194 patiënten werd geïncludeerd in de studie, 96 patiënten kregen therapeutisch elastische kousen (TEK) aan, 98 patiënten kregen geen kousen. De therapeutisch elastische kousen hadden een druk van 40mmHg aan de enkel, 36 mmHg aan de lage kuit en 21mmHg aan de hoge kuit. De gemiddelde onderzoeksduur was 76 maanden. Uitkomsten waren dat bij 20% van de patiënten met TEK een mild posttrombotisch syndroom zich ontwikkelde tegen 47% van de patiënten zonder TEK.

Bij ernstig posttrombotisch syndroom was dat 11% van de patiënten met TEK en 23% van de patiënten zonder TEK. Beide groepen kregen 3 maanden antistolling; bij beide vormen van posttrombotisch syndroom ontwikkelde dit zich binnen 24 maanden, in plaats van zoals aangenomen 5-10 jaar.

60% van de patiënten met een diep veneuze trombose ontwikkelt binnen 2 jaar een posttrombotisch syndroom, TEK kan dit met 50% verminderen.

Als verklaring voor de werking van de TEK wordt gegeven dat de aanmaak van collateralen wordt gestimuleerd, transcapillaire filtratie verminderd en fibrinolytische activiteit toeneemt. De kous zal 2 à 3 weken na het acute stadium moeten worden aangemeten en om de zes maanden moeten worden vervangen.

Gedurende minimaal 2 jaar moeten de kousen worden gedragen.

In de dagelijkse praktijk blijkt dit nog niet te zijn ingeburgerd. Als er compressie wordt gegeven in de vorm van zwachtels (ambulante compressie therapie) hoort dit te worden opgevolgd door het aanmeten van TEK, minimaal klasse II. Het komt nog steeds voor dat compressietherapie wordt gestopt op het moment dat een been is afgeslankt, na het doormaken van diep veneuze trombose, en er geen TEK wordt aangemeten.

PATIËNTENVOORLICHTING

Naast het aanmeten van de TEK is bewegingsadvies en instructie over kuitspieroefeningen ook van belang. Het bevorderen van therapietrouw ten aanzien van het dragen van de TEK ligt voor een groot deel in het geven van goede voorlichting. Het niet zelf kunnen aan en uittrekken van de kous is voor oudere mensen vaak een probleem, ze zijn dan afhankelijk van de thuiszorg of van mantelzorgers. Er zijn veel goede hulpmiddelen voor handen, echter zal men de patiënt er op attent moeten maken.

NIEUWE BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN

Inmiddels is al beschreven dat patiënten die aspirine gebruikten, een snellere genezing van het ulcus cruris vertoonden¹. In de toekomst zullen de mogelijkheden van gerichtere antistollingspreparaten mogelijk verbeteren en niet alleen voor het posttrombotisch syndroom ingezet kunnen worden, maar bijvoorbeeld ook bij patiënten met veneuze insufficiëntie.

Bij het nagaan van meer recente studies² kwamen steeds dezelfde genoemde uitkomsten naar voren. Ondanks dat de CBO-richtlijn gebaseerd is wat gedateerde onderzoeken, kunnen deze nog wel van dezelfde waarde worden voorzien.

CONCLUSIE:

Adequate behandeling met bloedverdunners en therapeutisch elastische kousen bij diep veneuze trombose,



verkleint de kans op een posttrombotisch syndroom en daarmee de kans op veneuze insufficiëntie.

*** Karin Timm, lid commissie Ulcus Cruris, nurse practitioner IJsselland Ziekenhuis Capelle aan de IJssel**

LITERATUUR

1. Ibbotson SH, Layton AM, Davies JA, Goodfield. The effect of aspirin on haemostatic activity in the treatment of chronic venous leg ulceration. *Br J Dermatol* 1995;132:422-6
2. Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent the postthrombotic syndrome. *Ann Intern Med* 2004;141:249-56.
3. Righini M, Bounameaux H. Venous thrombosis: risk factors and management. *Herz*. 2007 Feb;32(1):27-34.
4. Segal JB, Streiff MB, Hofmann LV, Thornton K, Bass EB. Management of venous thromboembolism: a systematic review for a practice guideline. *Ann Internal Med* 2007;146:211-222
5. Wentel TD, Neumann HA. Management of the postthrombotic syndrome: the Rotterdam approach. *Semin Thromb Hemost*. 2006 Nov;32(8):814-21.
6. Pesavento R, Bernardi E, Concolato A, Dalla Valle F, Pagnan A, Prandoni P. Postthrombotic syndrome. *Semin Thromb Hemost*. 2006 Oct;32(7):744-51

Het volgende artikel van Karin Timm in nummer 4 van het WCS Nieuws zal gaan over pijn en ulcus cruris venosum.