

Ulcus Cruris: Diagnostiek en behandeling

Het ulcus cruris of 'open been' is een veel voorkomende aandoening met een doorgaans chronisch en recidiverend karakter. In ons land lijden ca. 100.000 mensen hieraan. Het open been betekent voor de patiënt vaak veel pijn, groot ongemak, intensieve dagelijkse zorg en beperking van de mobiliteit.

In de overgrote meerderheid (ca. 90%) is de oorzaak van het ulcus een veneuze insufficiëntie. Ca. 5% komt op rekening van de arteriële insufficiëntie, terwijl voor de resterende 5% een scala van zo', 25 oorzaken in aanmerking komt. Met name wanneer het om een nog relatief jonge patiënt (bijv. < 60 jaar) gaat, de patiënt recent terugkeerde uit de (sub)tropen, een systeemziekte in het spel is, of het ulcus een persisterend, atypisch beloop heeft, dan moet men zich realiseren dat niet elk ulcus cruris een veneus ulcus is.

Aan de hand van tabel 1 waarin de oorzaken verdeeld worden in 5 groepen, zal nu eerst dieper ingegaan worden op de differentiële diagnostiek; vervolgens zal de behandeling van alleen het veneus ulcus cruris aan de orde komen.

Dr. C.J.W. v. Ginkel,
arts-ass./chemicus,
afdeling Dermatologie/
Academisch Medisch Centrum/
Amsterdam

Differentiële diagnostiek

1. **Circulatiestoornis.** Binnen deze groep neemt de **veneuze insufficiëntie** qua voorkomen de voornaamste plaats in. De symptomen hiervan zijn weergegeven in tabel 2. Met name de lipodermatosclerose (= lokale verharding van de huid) en de atrophie blanche (= het vloeipapier dun worden van de huid) ontstaan pas na langdurige veneuze insufficiëntie. De corona phlebectatica is de krans van verwijde bloedvaten rondom de rand van de voet-zool. De voorgeschiedenis vermeldt vaak een doorgemaakte diep veneuze thrombose bijv. in het kraambed als oorzaak van de veneuze insufficiëntie.

Typerend voor de patiënt met het **artiële ulcus** zijn de claudicatie-klachten: na een stukje te hebben gelopen, krijgt de patiënt heftige pijn in de kuiten die weer afzakt als patiënt even stil blijft staan bijv. voor een etalage ('etalage-been'). Het ulcus is **droog**, erg pijnlijk en meestal gelocaliseerd pretibiaal, op de tenen of de hiel. Bij onderzoek ontbreken de arteriële pulsaties aan de voeten, terwijl deze wit of cyanotisch en koud zijn. Het enig werkelijke soelaas voor dit type ulcus wordt geboden door een vaatoperatie om de arteriële circulatie te herstellen. Te allen tijde moet men geen

Tabel 1

Differentiële diagnose van het ulcus cruris

1. **circulatiestoornis:**
 1. veneus
 2. arterieel
 3. micro-angiopathie
 4. lymfoedeem
 5. decubitus
 6. hypertensie (Matorell)
2. **infectieus:**
 1. streptococcon infectie
 2. diepe mycose
 3. mycobacteriose
 4. leishmaniasis ('oriental sore')
 5. framboesia ('yaws')
 6. difterie ('desert sore')
 7. tropical ulcer
 8. amoebiasis
3. **maligniteit:**
 1. plaveiselcel carcinoom
 2. basaalceld carcinoom
 3. cutaan T-cel lymfoom
 4. melanoom
 5. metastase
4. **als mogelijk onderdeel van systeemziekte:**
 1. vasculitis
 2. necrobiosis lipoidica
 3. pyoderma gangrenosum
 4. bindweefselziekten
 5. bloed dyscrasie
 6. neuropathie ('mal perforant')
5. **varia:**
 1. bestraling
 2. verbranding
 3. bevriening/'loopgraafvoet'
 4. artefact
 5. trauma

Tabel 2

Symptomen van veneuze insufficiëntie

- pitting oedeem
- hyperpigmentatie
- localisatie: ulcus rondom de enkels

- lipodermatosclerose
- artrophie blanche

- spataders (varices)
- corona phlebectatica

compressie bij dit ulcus toepassen. Bij diabetes mellitus wordt het ulcus veroorzaakt door micro-angiopathie: degeneratie en dichtslibben van de kleine arteriën. De vooruitzichten voor een dergelijk ulcus zijn uitermate somber: nogal eens is onderbeensamputatie het eindstation van een lange lijdensweg.

2. Infectieus. Vanzelfsprekend is elk ulcus besmet met talrijke micro-organismen, maar dat het micro-organisme zelf de oorzaak van het ulcus vormt, is hoge uitzondering. Gezien de snelle genezing die men bij deze gevallen met het juiste medicijn (veelal een antibioticum) kan bereiken, is het toch zinvol aan deze categorie oorzaken te denken. Door de volgende associaties kan men op het spoor gebracht worden: diepe mycose (= schimmelinfectie) komt met name voor bij mensen die beroepshalve intensief contact hebben met dieren (boeren/veeartsen); de leishmaniasis komt voor — behalve in de tropen — met name ook in de landen rondom de Middellandse Zee, inclusief populaire vakantiebestemmingen als Zuid-Frankrijk en Spanje; framboesia komt veelvuldig voor bij de kinderen op het platteland van Suriname: de luesserologie zal positief zijn gezien de verwantschap tussen framboesia en de geslachtsziekte lues; het tropical ulcer is voorbehouden aan sterk ondervoede mensen in de tropen (bootvluchtelingen!).

3. Maligniteit. Bij elk chronisch ulcus dat geen genezigstendens vertoont en een wat 'onrustig' aspect heeft bijv. in de vorm van knobbelvormige uitstulpingen, moet een maligniteit en dan met name een plaveiselcelcarcinoom middels een biopsie worden uitgesloten. Omgekeerd zal elke huidmaligniteit vroeg of laat tot een ulcerende lesie leiden.

4. Systeemziekte. Het ulcus is hierbij slechts een van de uitingen van de systeemziekte waarbij ook andere organen zijn aangedaan. Niet-wegdenkbare, roodbruine vlekken op onderbenen/voeten wijzen op vasculitis (ontsteking van de bloedvaten), waarbij meestal ook de nieren het moeten ontgelden. Alleen immuno-suppressieve therapie zal het ulcus doen genezen. Necrobiosis lipoidica komt feitelijk alleen voor samen met of als voorloper van diabetes mellitus. Het beeld van het ulcus bij pyoderma gangrenosum is vrij karakteristiek: bij druk op het ulcus dat er wat 'moerassig' uitziet en dat doorzeefd lijkt te zijn door een schot hagel, borrelt op meerdere punten de gele pus naar boven.

Ca. de helft van de patiënten heeft ook andere klachten zoals van de darmen (colitis ulcerosa), gewrichten en de lever. Bij de ernstige aandoening sclerodermie, waarbij de huid zich letterlijk verhardt tot een harnas, zal reeds een gering trauma tot ernstige en langdurige ulcera leiden. Het is met name de sikkelcelanemie waarbij deels door het lage hemoglobinegehalte, deels door het samenklonteren en daarmee dichtslibben van de bloedvaten, reeds op jonge leeftijd ernstige ulcera ontstaan. Naast diabetes mellitus vormt wereldwijd met name lepra (ziekte van Hansen) de belangrijkste oorzaak van de neuropatische ulcera.

5. Varia. Deze groep vormt een vergaarbak van zeer uiteenlopende oorzaken. Zowel het ulcus, ontstaan na radiotherapie als het ulcus dat de psychisch ontspoorde patiënt zichzelf aandoet, hebben een slechte prognose.

Behandeling van het veneus ulcus

De hoeksteen van de behandeling wordt gevormd door bestrijding van het oedeem. Dit kan men bewerkstelligen door langdurige bedrust of ambulante compressie. Dit laatste verdient de voorkeur gezien de vele nadelen van langdurige besrust zoals thrombose, decubitus, toename dementie, botontkalking, spieratrofie en moeizame mobilisatie. De verschillende vormen van compressie zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3

Compressie

<i>Niet-elastisch:</i>	lage rustdruk hoge werkdruk ↓ 's nachts aanlaten	— tricot zwachtels kortrek zwachtels (Rosidal/Elko)
<i>Elastisch:</i>	matige rustdruk matige werkdruk ↓ 's nachts uit	elastische zwachtels (Dauerbinde) Tubigrip (dubbel of C-D 1x) Kousen — confectie — maat

Het voordeel van elastische zwachtels is dat de patiënt deze zelf kan aanleggen en dat de zwachtels uitwasbaar zijn. Tubigrip heeft het voordeel van de eenvoud. Het spreekt voor zich dat elastische kousen pas kunnen worden aangemeten indien het oedeem geheel is weggezwachteld. Voor de preventie van het ulcus zijn elastische kousen onmisbaar.

De tweede pijler van de behandeling is *desinfectie*, aangezien bacteriën een

Tabel 4

Desinfectie

1. <i>natte gazen</i>	
3-5 dd:	— fysiologisch zoutoplossing — 1-2% azijnzuur
2. <i>desinfectans:</i>	
	— chloorhexidine: 0,1% opl. 1 % crème FNA
	— povidonjodium: opl. gaas (10%) (Bethadine®)
	— zilvernitraat: 0,5% opl. in water
	— zilversulfadiazine 1% (Flammazine®)
3. <i>antibiotica:</i>	
— systematisch:	nee, tenzij ...
— lokaal:	nooit (sensibilisatie, resistentie)

remmende invloed hebben op de genezing van het ulcus (zie tabel 4). De rol van antibiotica is hierbij slechts minimaal. Lokale toepassing is zonder meer gecontra-indiceerd wegens risico's van resistentievorming en inductie van een contactallergie. Een systemisch antibioticum is alleen zinvol bij een infectie met beta-hemolytische streptococci. Een infectie met *Pseudomonas*-bacteriën die zich verraadt door een groenblauw beslag, laat zich het beste bestrijden met eenvoudige lokale middelen als azijnzuurgazen, zilvernitraat of zilversulfadiazine. Een belangrijk onderdeel van de desinfectie vormt het **debridement**: het regelmatig verwijderen van al het necrotisch weefsel. Dit vormt namelijk een ideale voedingsbodem voor bacteriën. Het debridement kan men uitvoeren met pincet en schaar (chirurgisch) of met hulp van eiwit-afbrekende enzymen zoals Elase® zalf 2dd onder occlusie of dagelijks een Biotex-Groen badje gedurende 15 minuten.

Een aanvullende behandelingsmodaliteit vormt de **autologe huidtransplantatie**. Hierbij wordt gezonde huid van het bovenbeen van de patiënt overgebracht naar het ulcus waarna dit na 2 à 3 weken geheel gesloten is. Men kan kiezen voor de 'full thickness punch biopten' waarbij kleine rondjes huid met een soort appelboortje worden weggenomen. De andere mogelijkheid is de 'split skin mesh graft' methode waarbij de donorhuid met een soort kaasschaaf van de donorplaats afgeschild wordt. Meestal zal de huidtransplantatie plaatsvinden tijdens een ziekenhuisopname.

Samenvattend is de boodschap van deze voordracht tweedelig: niet elk ulcus cruris is een veneus ulcus en het voornaamste van de behandeling van het veneus ulcus is de bestrijding van het oedeem.

Ingezonden brief

Sappemeer, 26 april 1988

Geacht bestuur,
Allereerst mijn waardering, respect en positieve kijk naar jullie vereniging WCS, inclusief symposia, Nieuwsbrief etc.

Als wijkverpleegkundige ben ik lid van het WCS en bezoek regelmatig de symposia. Wat mij opgevallen is dat er wel steeds overlappings van de symposia aanwezig zijn, zoals behandelingsmethodieken en behandelingsmiddelen van mevr. A. Andriessen, diagnostiek en behandeling ulcus cruris etc. Dit ervaar ik persoonlijk als weinig vruchtbaar. Naar mijn mening zijn er toch genoeg onderwerpen/aspecten omtrent wondbehandeling/verzorging die besproken kunnen worden. Overigens wil ik jullie laten weten dat ik de kwaliteit van het WCS en de symposia op hoog niveau vind. Zoals dhr. B. de Waal vandaag in het AMC vermeldde vind ik het zeker een noodzaak/voorwaarde dat er een extramuraal hulpverlener in het bestuur van het WCS zit.

Ik zal het ook stimuleren om contacten te houden met de huisartsen en wijkverpleging, mede door de grote verschuiving van de tweede naar de eerste lijn en je als eerstelijns-hulpverlener steeds meer te maken krijgt met allerlei wondbehandelingstechnieken. Ik zal daar als WCS-lid en wijkverpleegkundige zeker een positieve bijdrage aan willen leveren.

Met vriendelijke groeten,
naam bij de redactie bekend