

# Casuïstiek sikkelcel gerelateerde beenwond

E. Lenselink\*

## Bezoek Spoed Eisende Hulp

Op 19 februari 2013 meldt zich een mevrouw op de Spoed Eisende Hulp (SEH) in verband met een wond aan het linker been. Voorgeschiedenis van de patiënt: 2008 hernia nucleii pulposi, spondylodese L5-S1, homozygote sikkelcelanemie, meniscus operatie links en cholecystectomie. Mevrouw rookt niet en gebruikt geen alcohol. Thuismedicatie: tramadol, paracetamol / codeïne, foliumzuur, vitamine D, psylliumvezels. Allergie: ibuprofen.

Anamnese: mevrouw heeft meer dan dertig jaar geleden een aanrijding gehad, waarbij een wond ontstond aan de mediale zijde van de enkel links. De wond is toen gehecht en mevrouw heeft er nooit meer last van gehad. Echter sinds vier dagen is er toenemend pijn ter plaatse van het litteken zonder voorafgaand trauma. Mevrouw is toen naar de huisarts gegaan, maar deze kon niets vinden en heeft mevrouw alleen pijnmedicatie gegeven. Sinds vanmiddag echter hevige toename van pijn. Mevrouw kan de voet niet meer belasten en elke beweging is pijnlijk. Mevrouw geeft een pijnscore van 10 op een schaal van 0 tot 10 aan. Daarnaast is het litteken een heel klein beetje (1 millimeter) opengegaan. Er is geen pus uit de wond gekomen ook zijn er geen andere ontstekingsverschijnselen.

Diagnostiek op SEH: laboratorium onderzoek: CK 40, CRP 6, L 14,8, BSE 12, X-enkel links: geen aanwijzingen voor osteomyelitis of andere afwijkingen. Werkdiagnose: pijnklachten enkel e causa ignota (eci, oorzaak onbekend),

differentiaal diagnose: oude hechting, fisteltje of neuroom. In overleg met dienstdoende chirurg werd besloten eerst te proberen lokaal anesthesie toe te passen en de volgende dag controle op de polikliniek te laten plaatsvinden. Dan kan eventueel excisie/exploratie op de poliklinische operatiekamer volgen.

## Bezoek polikliniek 21 februari 2013

De verdoving heeft enkele uren geholpen. Er komt een beetje sereus vocht uit de wond, maar er is geen pus te luxeren en geen roodheid of zwelling waarneembaar. Er is ook geen oedeem in de voeten. In eerste instantie wordt besloten tot exploratie op de poliklinische operatiekamer. Echter, tijdens lokale infiltratie anesthesie is een geïndureerde, vast aanvoelende schijf voelbaar. Daarom wordt besloten af te zien van exploratie en eerst aanvullende diagnostiek te verrichten. Patiënt wordt verwezen naar de wondpoli.



Foto 1. 26 maart 2013 ulcus met huidbrug



Foto 2. 23 april 2013 genezen ulcus

Eerste bezoek wondpoli bij verpleegkundige 1 maart 2013  
Er is sprake van een zeer pijnlijke mediale malleolus links in oud litteken. De wond afmetingen zijn 1,2 x 1,2 cm. De wond bevat 100% geel broos weefsel zonder duidelijke ontstekingsverschijnselen. De wond is vochtig en heeft normale wondranden. Er is een spoortje oedeem in de benen, maar niet veel. Uitslagen diagnostiek: Hb 5,2. Echo: verdikte cutis, verder normale structuren. Veneuze duplex: intact oppervlakkig en diep systeem: geen aanwijzingen voor veneuze insufficiëntie, trombose of insufficiënte perforantes ter hoogte van de wond. Pulsaties voeten (arteria dorsalis pedis en arteria tibialis posterior) zeer duidelijk voelbaar. De wond wordt behandeld met honingzalf en afgedekt met een eilandpleister.

### Eerste bezoek wondconsulent 12 maart 2013

De wond afmetingen zijn 2,5 x 1,8 x 0,2 cm. Het weefsel bestaat voor 40% uit granulatiweefsel, 60% fibrine en wat matig vitaal weefsel. De wond is normaal vochtig en heeft grillige wondranden. De pijnscore is 7. Mevrouw heeft met name pijn rond het ulcus, soms uitstralend tot de knie. In overleg met de arts-assistent heelkunde wordt gestart met morfinegel op het ulcus. Op basis van de kliniek en gelezen literatuur wordt gedacht aan een sikkelcelgerelateerde beenwond. Voor gerichte behandeling wordt literatuur gezocht om verder beleid te bepalen (zie literatuurstudie sikkelcelgerelateerde beenwond elders in dit blad).

### Bezoek 18 maart 2013

De wond is 2,5 x 1,5 cm groot. Het weefsel is voor 50% granulerend en bestaat voor 50% uit fibrine. De wond is vochtig en heeft normale wondranden. Mevrouw geeft een pijnscore van 6 aan en geeft aan dat de pijn net dragelijk is met drie keer 50 mg Artrotec en één keer één gram Panadol en dus wordt de drie keer 50 mg morfinegel gestaakt. Wondbehandeling: wond drie keer per week uitdouchen en daarna verbinden met honingzalf en afdekken met een schuimverband. Ook wordt gestart met een wondcompressiekous. Op advies van de dermatoloog wordt een oraal zink voedingssupplement geadviseerd aan de patiënt.

### Bezoek 26 maart 2013

De wond is gescheiden door een huidbrug (foto 1), dus nu twee kleine wondjes. (proximaal 0,3 x 0,3 en lateraal 1,6 x 1,2 cm). Wond bevat 40% granulatiweefsel en daarnaast fibrine en wat matig vitaal weefsel. De wond is normaal vochtig en heeft epithelialiserende wondranden. De pijn (score 7) straalt uit naar het hele onderbeen. Mevrouw had nu de compressiekous niet aan, maar zegt deze normaal wel te dragen en ook de indruk te hebben dat dit helpt. Er wordt een mail gestuurd naar de hematoloog om mee te denken over eventuele systemische behandeling.

### Bezoek 09 april 2013

Wond gaat met sprongen vooruit en is grotendeels bedekt met epitheel. Been is slank dankzij de tweelaagse wondcompressiekous. Mw blijft veel pijn houden ondanks uitgebreide pijnstilling. Mevrouw wordt hierdoor erg beperkt in haar dagelijkse activiteiten. Na overleg met de hematoloog en anesthesie wordt mevrouw verwezen naar de pijnpoli.

### Bezoek 23 april 2013

Wond is gesloten (foto 2), in overleg met de dermatoloog wordt compressiekous gehandhaafd en wordt mevrouw ontslagen van de wondpoli. Helaas is de pijn niet verdwenen nadat de wond gesloten is. Mevrouw blijft hiervoor onder behandeling van de pijnpoli.

### Tot slot

Chronische open beenwonden komen vaak voor bij homozygote sikkelcelanemie (1,2). Hoewel er behoorlijk wat artikelen over dit onderwerp zijn te vinden, vindt men dit onderwerp niet terug in de standaard wondboeken. Daarnaast is de populatie patiënten met sikkelcelanemie in MCH Antoniushove te Leidschendam zeldzaam. Men ziet hier helaas een duidelijke delay in het stellen van de juiste diagnose. De patiënt meldt zich 19 februari 2013 op de SEH en pas drie weken later wordt gedacht dat dit ulcus gerelateerd is aan sikkelcelanemie. In die periode is het ulcus ook aanzienlijk groter geworden. Nadat de diagnose is gesteld en de patiënt multidisciplinair wordt behandeld, gaat de wond langzaam vooruit. Drie maanden na het eerste bezoek is de wond genezen. Voor dit type wonden een redelijk goed resultaat. Hopelijk zal dit artikel bijdragen aan een vroegtijdige herkenning en behandeling van deze aandoening.

### Literatuur

1. McMahon L, Tamary H, Askin M, Adams-Graves P, Eberhardt RT, Sutton M, Wright EC, Castaneda SA, Faller DV, Perrine SP. **A randomized phase II trial of Arginine Butyrate with standard local therapy in refractory sickle cell leg ulcers.** British Journal of Haematology 2010;151 516-524.
2. Mohan JS, Vigilance JE, Marshall JM, Hambleton IR, Reid HL, Serjeant GR. **Abnormal venous function on patients with homozygous sickle cell (SS) disease and chronic leg ulcers.** Clinical Science 2000;98 667-672.

\* *Ellie Lenselink, wondconsulent Medisch Centrum Haaglanden, lid WCS Commissie diabetische Voet en redactielid WCS Nieuws*

### Contact

e.lenselink@mchaaglanden.nl