

Ulcus cruris bij de ziekte van Wegener

A.M. Mooij*

Mevrouw Van Leeuwen is 80 jaar en bekend met diabetes mellitus, obesitas en de ziekte van Wegener. Als gevolg van de ziekte van Wegener is mevrouw erg kortademig. Ze loopt niet en zit alleen overdag op de rand van het bed. Ze krijgt dagelijks hulp van de thuiszorg bij de ADL.

De ziekte van Wegener is een auto-immuun ziekte en begint vaak met algemene symptomen, zoals langdurige verkoudheid, koorts, gewichtsverlies, vermoeidheid, verspringende gewrichtsklachten en algehele malaise. De meeste patiënten hebben problemen met de longen (> 90%) en de bovenste luchtwegen, vooral de paranasale sinussen (> 90%) met als klachten hardnekkige sinusitis, sinuspijn, purulente afscheiding, ulceratie neusmucosa met neusbloedingen, neusverstopping en otitis media. Er worden twee varianten onderscheiden, de klassieke of systemische vorm (75%) met aantasting van de bovenste en onderste luchtwegen en de nieren, en de limited vorm (25%) waarbij alleen de luchtwegen zijn aangedaan (vaak bij een jongere populatie) (1).

Tijdens de verzorging van mevrouw ziet de wijkverpleegkundige een wond aan het linker onderbeen. Mevrouw denkt dat de wond is ontstaan toen zij 's nachts op de postoeel is gaan zitten.

Behandeling door de wijkverpleging

Mevrouw heeft pijn aan de wond. Op de Numeric Rating Scale (NRS) geeft zij bij aanraken (procedurele pijn) een 8 aan. De achtergrondpijn waardeert ze met een 3. Er lekt veel vocht uit de wond. Er is geen wondverband in huis. Om het wondvocht op te vangen wordt de wond afgedekt met incontinentiemateriaal, dat wel in huis aanwezig is.

Mevrouw is bekend met oedeem in haar benen waarvoor zij overdag therapeutisch elastische kousen (TEK) draagt. Het lukt niet om de TEK over het verband aan te doen. Mevrouw geeft aan dat ze de TEK liever niet gebruikt omdat ze bang is dat deze te veel druk op de wond geeft. De huisarts wordt op de hoogte gebracht van de wond. In overleg met de huisarts en mevrouw wordt besloten om de wond af te dekken met een niet-verklevend vet gaas en absorberend verband. De huisarts adviseert om de TEK niet te gebruiken tot de wond genezen is, omdat het mogelijk druk op de wond geeft.

Verslechtering van de wond

Na twee weken komt de wijkverpleegkundige weer bij mevrouw. Het valt haar op dat de wond groter is geworden en dat haar onderbeen dikker is. De wondranden zijn rood en warm (foto 1).

Ook geeft mevrouw meer pijn aan; achtergrond 4 en procedureel (tijdens en na het verbinden NRS) 9. Het verband moet tweemaal per dag verwisseld worden omdat er veel vocht uit de wond lekt.



Foto 1. Wond 2 weken na ontstaan.

Er wordt overlegd met een collega-wijkverpleegkundige. Zij is aandachtsvelder wondzorg en zij heeft tijdens de les "Ulcus cruris" van de cursus "Algemene wondzorg" bij de WCS geleerd dat het belangrijk is om ten allen tijde, en vooral als er een wond is, door te gaan met compressietherapie. Dit om het oedeem te verminderen en daarmee de

microcirculatie te bevorderen. Als de TEK niet om het been kan dient er gezocht te worden naar een tijdelijk alternatief. Om het juiste compressiesysteem te kiezen kan gebruik worden gemaakt van het WCS expertdocument “Compressietherapie aan de onderste extremiteiten” (2).

Naar verwachting zullen de zwachtels in het begin snel afzakken en frequent verwisseld moeten worden als gevolg van afname van het oedeem.

Daar mevrouw weinig mobiliseert zijn korterek-zwachtels mogelijk minder effectief dan langerek-zwachtels. Lange-rek-zwachtels echter geven een hoge rustdruk (2) waardoor er tijdens het hoog leggen van de benen 's nacht mogelijk te veel druk is op de arteriën.

Mevrouw kan door haar buikomvang de zwachtels niet zelf verwijderen en ziet het niet zitten om 's avonds ook thuiszorg te moeten krijgen. In verband met de verwachte frequentie van hernieuwd aanbrengen van de zwachtels en de wens van mevrouw om geen extra avondzorg te krijgen, wordt gekozen voor korterek-zwachtels.

De belangrijkste contra-indicatie voor compressietherapie is arteriële insufficiëntie, Vóór het starten met compressietherapie dient daarom de enkel-armindex (EAI) bepaald te worden (2).

De EAI is een jaar geleden door de huisarts gemeten, voorafgaand aan het starten met compressietherapie.

De uitslag was toen 0,8. Er is geen evidence die aan geeft wanneer de EAI herhaald zou moeten worden.

Behandeling door de verpleegkundig specialist wondzorg

Om het effect van de korterek-zwachtels te verhogen, instrueren de zorgverleners mevrouw om kuitspieroefeningen te doen. Ze oefenen samen met haar: kringetjes draaien met de voet, de voet op en neer bewegen en met de tenen wiebelen. De wond wordt verbonden met een hydrofoamverband welke op zijn plaats gehouden wordt met het tricot buisverband dat onder de korterek-zwachtels aangebracht wordt. Door het achterwege laten van de hydrofiele zwachtel als fixatiemiddel worden tijd en kosten bespaard.

De aandachtsvelder heeft bij de WCS-cursus geleerd dat symptomen, zoals pijn, oedeem en veel wondvocht, aanwijzingen kunnen zijn voor infectie, maar dat het ook symptomen zijn van veneuze stuwning (3). Omdat er geen sprake is van malaise of koorts wordt er door de huisarts besloten om geen antibiotica voor te schrijven.

Wel krijgt mevrouw het advies om drie- tot viermaal daags 1000 milligram paracetamol te nemen tegen de pijn.

Het gespecialiseerd wijkteam “wond en dermatologie” komt de wond tweemaal per week verzorgen. Gedurende twee weken vertoont de wond vooruitgang. Het oedeem, de roodheid en de wondlekkage nemen af. Maar dan wordt de wond in een tijdsbestek van drie dagen opeens groter (foto 2). Mevrouw heeft daarbij pijn in de nacht. De pijn neemt niet af bij afhangen van het been.

In navolging van de kwaliteitsstandaard “Organisatie van wondzorg” (4) wordt de patiënt verwezen naar de verpleegkundig specialist (VS) van het regionale expertteam wondzorg. In het kwaliteitsdocument staat beschreven dat als na maximaal drie weken (geteld vanaf het moment dat de arts, waar mogelijk, bij de patiënt een diagnose heeft gesteld op basis waarvan de behandeling wordt gestart), de situatie verslechtert of de verwachte genezing (stendens) niet aantoonbaar is, de patiënt dient te worden verwezen naar een expertteam.

Anamnese en lichamelijk onderzoek

Als de VS van het expertteam bij mevrouw komt wordt eerst de algemene anamnese afgenomen en daarbij wordt gebruik gemaakt van de ALTIS (5).



Foto 2. Een maand na aanvang.

Tabel 1. ALTIS

Aard	Ulcus cruris venosum
Locatie	Linker onderbeen, mediaal
Tijd	Drie weken
Intensiteit	3 cm omvang, diepte 1 cm
Samenhang	Veel pijn, met name in de nacht. Lekkage vanuit de wond

Mevrouw gebruikt carbasalaatcalcium, pregabaline, furosemide, metoprolol, formoterol/budesonide, spiriva, oxycodon, paracetamol, duspatal, esomeprazol, macrogol, denosumab, fluticason neusspray, kunststranen, prednison, acetylcysteïne en oxazepam.

Na de algemene anamnese volgt de speciële anamnese. Daarbij probeert de VS aanwijzingen op vaatlijden te analyseren.

Varices en veneus vaatlijden kunnen naast de huidafwijkingen een veelheid aan klachten veroorzaken. De meest voorkomende klachten zijn pijn, krampen, vermoeid of zwaar gevoel in de benen, restless legs, jeuk en oedeemvorming (3).

Na de anamnese volgt het lichamenlijk onderzoek. Daarbij inspecteert de VS de huid van mevrouw Van Leeuwen en zoekt daarbij naar aanwijzingen voor veneus vaatlijden, zoals venectasieën en pigmentaties tot dermato- en liposclerose, atrophie blanche, nagelafwijkingen en ulcus cruris venosum als eindstadium van chronische veneuze ziekte (3).

Aanwijzingen voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV) bij het lichamenlijk onderzoek kunnen zijn: wondjes, zweertjes of andere afwijkingen van huid of nagels, verzwakte arteriële pulsaties bij palpatie van de slagaders in het onderbeen, een lagere huidtemperatuur van voeten en onderbenen bij palpatie met de handrug, trofische stoornissen en verminderde beharing (6).

De VS voelt dat de pulsaties zwak zijn en dat huidtemperatuur van het linker onderbeen lager is dan die van het rechter onderbeen.

Ook beoordeelt de VS de patiënt op eventueel overgewicht. Uit een systematic review is geconcludeerd dat de meeste patiënten met chronisch veneus vaatlijden (CVI) overgewicht hebben, dat overgewicht gerelateerd is aan een vertraagde wondgenezing en dat er een mogelijke relatie is tussen bepaalde voedingsmiddelen en het effect op wondgenezing (7).

De in de anamnese en lichamenlijk onderzoek gevonden

Risicofactoren en aanwijzingen voor hart- en vaatziekten zijn (6):

- leeftijd \geq 50 jaar,
- doorgemaakte hart- en vaatziekten,
- diabetes mellitus of reumatoïde artritis,
- geslacht (mannen hoger risico dan vrouwen),
- roken,
- familieanamnese (hart- en vaatziekten bij ouders, broers of zusters voor het 65e levensjaar),
- voedingspatroon afwijkend van de richtlijnen goede voeding,
- overmatig alcoholgebruik (vrouwen meer dan een à twee glazen/dag en mannen meer dan twee à drie glazen/dag),
- gebrek aan lichamenlijke activiteit (minder dan vijf dagen/week 30 min/dag, bijvoorbeeld fietsen, stevig wandelen of tuinieren),
- een donkere huidskleur,
- pijn in de benen bij het lopen en/of bij het hoog leggen van de benen, welke afneemt bij stilstaan en/of laaghangen van de benen (claudicatioklachten).

Risicofactoren en aanwijzingen voor veneus vaatlijden zijn (3):

- twee of meer zwangerschappen,
- obesitas bij vrouwen,
- postmenopauzale leeftijd,
- het hebben doorgemaakt van een diep veneuze trombose of obstructie,
- constipatie,
- gebrek aan lichamenlijke activiteit en langdurig staan,
- verminderde controle van het sympathische zenuwstelsel,
- verhoogde lokale temperatuur.

aanwijzingen voor arterieel of veneus vaatlijden in deze casus zijn: diabetes mellitus, hoge leeftijd, obesitas, onvoldoende beweging en oedeem.

De wond wordt beoordeeld aan de hand van het acroniem TIME (tabel 2) (8).

De pijn en het verslechteren van de wond kunnen aanwijzingen zijn dat de arteriële doorbloeding verminderd is. Daarom is er indicatie om de EAI opnieuw te meten. De manchet van de bloeddrukmeter kan over het verband geplaatst worden. De EAI is 0,78. Er wordt gedacht dat het meten van de EAI bij patiënten met diabetes geen zin heeft.

Tabel 2. TIME

Tissue	20% avitaal (geel) centraal in de wond en 80% vitaal (rood)
Infection	Mogelijke aanwijzingen voor infectie zijn rode wondranden tot vijftien cm afstand, pijn, hoge mate van exsudatie. Dit zou echter ook kunnen passen bij veneuze insufficiëntie en oedeem.
Moisture	Natte wond
Edge	Oedeem, uitgebreid erytheem

Dat is ten onrechte, slechts bij 3 tot 5% van de patiënten met diabetes mellitus kan de enkel-armindex door stuggere vaatwanden hoge waarden (> 1,1 (1x) of > 1,0 (3x)) opleveren, die dan onvoldoende inzicht geven in mogelijke pathologie (6).

Conclusie

Bij dit niet genezend ulcus cruris was er sprake van oedeem. De arteriële doorbloeding was voldoende voor genezing van de wond en voor het toepassen van compressietherapie.

Klinisch is het groter worden van de wond een mogelijke aanwijzing voor infectie (9). Overige symptomen ontbreken, maar omdat mevrouw diabeet is zou dit te maken kunnen hebben met perifere neuropathie.

Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen over waarom de wond verslechterd kan zijn zoekt de VS op het internet, op de site "huidziekten.nl" naar meer informatie over de ziekte van Wegener. Daar wordt beschreven dat bij 40 - 50% van de patiënten met de ziekte van Wegener de huid is aangedaan, en dat er sprake is van vasculitis. De behandeling van deze vasculitis bestaat uit lokaal crème met corticosteroiden of met zilverulfadiazine (10). In overleg met de huisarts wordt besloten om de wond om de dag te verbinden met corticosteroiden crème. Tevens wordt de compressietherapie voortgezet. Er wordt afgesproken om na een week de situatie te evalueren.

Een week later evalueert de VS, zoals afgesproken, telefonisch met de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige vertelt dat de wond erg is verbeterd. Zij stuurt via de beveiligde medische social media app SIILLO (11) een foto van de wond (foto 3). De VS is blij verrast om te zien dat de wond bijna genezen is. Er wordt door de VS besloten door te gaan met de corticosteroiden crème tot de wond volledig genezen is. Weer een week later is de wond volledig genezen. Afdekken met corticosteroiden crème of verband is niet meer nodig. De huid van mevrouw is altijd wat droog. Ter secundaire preventie is het daarom belangrijk om deze goed te verzorgen met neutrale ongeparfumeerde zalf of crème (12) en dat het oedeem onder controle wordt gehouden met haar eigen TEK.



Foto 3. Na 1 week corticosteroiden crème.

meerde zalf of crème (12) en dat het oedeem onder controle wordt gehouden met haar eigen TEK.

Beschouwing

Deze casus laat zien dat het soms nodig is om verder te speuren naar meer informatie. De patiënte, mevrouw Van Leeuwen, gaf informatie over de kortademigheid als gevolg van de ziekte van Wegener. Om die reden had zij ook hulp bij de ADL. Er ontbrak echter cruciale informatie (het ontstaan van vasculitis en ulcera), omdat zij dit blijkbaar niet wist en ook nooit eerder had gehad. Door een uitgebreide anamnese en het opsporen van relevante informatie kon er een effectieve behandeling in een complexe situatie worden opgestart.

Literatuur

1. www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/wtxt/Wegener.htm (geraadpleegd op 10 maart 2019)
2. **Compressietherapie aan de onderste extremiteiten, Expertdocument 2015**, WCS & NVDV Utrecht, 2015
3. **Richtlijn veneuze pathologie**. Utrecht: NVDV;2014
4. **Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland**. NVVH, NVDV, NVPC, WN, 2018
5. <https://www.zorgvoorbeter.nl/huidletsel/anamnese> geraadpleegd op 2 april 2019
6. Bartelink MEL, Elsmann BHP, Oostindjer A, et al. **NHG-Stan-**

daard **Perifeer arterieel vaatlijden (tweede herziening).**

Huisarts Wet 2014;57(2):81.

7. Gibsons SJ. **Effects and associations of nutrition in patients with venous leg ulcers; a systematic review.** Journal of Advanced Nursing, 2018;4:753-994
8. Koopman-Kuijl, CA, de Goederen-Geleijnse MMT. **Wondbedpreparatie model deel 1** WCS Nieuws, 2015;31(1):42-6
9. Reddy M, Gill SS, Wu W, et al. **Does this patient have an infection of a chronic wound?** JAMA, 2012;307(6):605-611.
10. steroïden, geraadpleegd op 10 maart 2019
11. <https://www.siilo.com/nl/> geraadpleegd op 2 april 2019
12. <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/dtxt/droge-huid.htm> geraadpleegd op 2 april 2019

* *Annemiek Mooij, verpleegkundig specialist wondzorg*