

Een atypische wond

H. Jacobs van den Hof*

In de praktijk kan je als verpleegkundig specialist wonden tegenkomen waarvan de oorzaak na anamnese direct helder is: de wonden tonen een typisch klinisch beeld en verloop. Zo zijn een *ulcus cruris*, een diabetische voet of een postoperatieve wondinfectie te achterhalen uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Er zijn ook wonden waarbij de oorzaak niet direct helder is. Deze wonden hebben een ongewoon klinisch beeld en ziektebeloop. Zulke wonden worden atypische wonden genoemd. Voorbeelden hiervan zijn een vasculitis, pyoderma gangrenosum en maligniteiten. In dit artikel een casus van zo'n atypische wond. De naam van de patiënt is gefingeerd.

Een groeiende 'wrat' met een atypisch verloop

Sinds december 2018 heeft de heer Poolsman, een man van 77 jaar, een wrat op de mediale zijde van zijn voet. Twee weken na het ontstaan van deze wrat heeft hij deze gestoten. De wrat heeft even gebloed en uiteindelijk is de wond die was ontstaan binnen een week weer dicht gegaan. Hierna is de wrat langzaam gaan groeien tot hij weer open ging. In februari 2019 vraagt de heer Poolsman aan de thuiszorg of ze zijn wond op de linkervoet willen verzorgen. De thuiszorg verzorgt de wond enige tijd, maar er treedt geen verbetering op. Zelf dacht hij dat de slechte genezing te maken had met zijn diabetes mellitus type II. Na enige tijd stopt de verzorging van de wond, maar de heer Poolsman weet echter niet te vertellen wat de reden hiervan is.

Vanaf mei gaat de wond steeds verder achteruit; hij wordt geleidelijk groter, gaat niet meer dicht en gaat ook steeds vaker bloeden. De heer Poolsman kan aan deze voet geen gewone schoen meer en het lopen doet steeds vaker pijn. Hij besluit in mei 2019 om naar de huisarts te gaan.

Hij vertelt aan de huisarts hoe de wond is ontstaan en hoe deze geleidelijk groter is geworden. De huisarts verwijst de patiënt naar de polikliniek dermatologie in verband met een 'granulerende wond, met ontsteking, op de linker voet, welke is begonnen als een wrat'.

Op de polikliniek dermatologie

Het is begin juni 2019 als de heer Poolsman op de polikliniek dermatologie binnen komt als nieuwe patiënt. Tijdens de anamnese blijkt dat de huisarts geen opdracht heeft gegeven voor de wondzorg en dat de heer Poolsman zelf de thuiszorg had verzocht de wond te verzorgen. De wondzorg bestond uit het spoelen van de wond en afplakken met een eilandpleister. Om onduidelijke redenen

is de thuiszorg gestopt en heeft meneer nog ruim twee maanden gewacht om naar de huisarts te gaan.

Onderzoek van de huid

Met een uitgebreide inspectie van de huid is op de linkervoet direct een opvallende afwijking te zien. Op de linker mediale voetrand zit een goed afgrensbare solitaire, rode nattende tumor. De tumor is ongeveer 15 x 10 millimeter groot en aan de dorsale zijde lijkt een randje bruin exsudaat te zitten. Bij palpatie voelt de tumor vast aan en is deze pijnlijk bij aanraking. Na palpatie begint de tumor direct te bloeden (foto 1). Als met de dermatoscoop de dorsale zijde van de tumor bekeken wordt lijkt de bruine rand inderdaad opgedroogd exsudaat te zijn.

Bij inspectie van de benen wordt geen (pitting)oedeem gezien. De pulsaties van de arteria dorsalis pedis en de arteria tibialis posterior zijn beiderzijds krachtig aanwezig. De voeten en tenen voelen warm aan en de capillaire refill is bij beide voeten twee seconden. Bij onderzoek naar de



Foto 1. De wond van meneer Poolsman in juni 2019.

sensibiliteit van de voeten worden geen afwijkingen gevonden.

Verhaal en klinisch beeld komen niet overeen

Uit de anamnese blijkt dat de wond al ruim zes maanden aanwezig is en is begonnen als een wrat. Zonder adequate behandeling kan een wrat groter worden en het openstoten van de wrat zou een wond kunnen veroorzaken. De klinische presentatie van de wond van de heer Poolsman past echter niet bij een gewone voetwrat. Daarnaast is de groei van de wond bij wondverzorging ook ongewoon.

Van differentiaaldiagnose naar diagnose

Uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek kan geen zekere diagnose gesteld worden. Het gaat hier mogelijk om een plaveiselcelcarcinoom, een amelanotisch melanoom, een basaalcelcarcinoom, een hypergranulerend ulcus of een granuloma pyogenicum.

Om tot een diagnose te komen zal een diagnostische excisie verricht moeten worden (foto 2). Bij deze diagnostische excisie wordt de huidafwijking met een marge van twee millimeter weggesneden. Het weefsel dat is weggesneden wordt vervolgens door de afdeling pathologie bewerkt en onder de microscoop bekeken voor histologisch onderzoek.

Na vijf dagen is de uitslag van het histologisch onderzoek bekend. Het blijkt dat de wrat van de heer Poolsman in werkelijkheid een ulcererend amelanotisch melanoom is met een Breslowdikte van zes mm. Daarnaast geeft het verslag aan dat de snijranden en de bodem schoon zijn, het amelanotisch melanoom is radicaal verwijderd.

Breslowdikte

De Breslowdikte is de dikte van de tumor gemeten vanaf het stratum granulosum. Deze wordt na excisie van een melanoom bepaald door de patholoog-anatoom. Onderzoek wijst uit dat de Breslowdikte in belangrijke mate samenhangt met de prognose van melanoompatiënten. De Breslowdikte is daarom ook van sterke invloed op de behandeling.

De uitslag wordt tijdens het spreekuur met de heer Poolsman besproken. Daarbij krijgt hij mondelinge en schriftelijke informatie over het melanoom en de ruimte om vragen te stellen. Daarnaast wordt met hem besproken dat vanuit de landelijke richtlijn melanoom (1) wordt geadviseerd om bij een Breslowdikte van zes mm een aanvullende re-excisie te verrichten met twee cm marge om het litteken en dat er eveneens wordt geadviseerd om lymfklieronderzoek te verrichten middels een schildwacht-klierprocedure.



Foto 2. Net na het verdoven en voor de excisie.

Het melanoom kan overal op de huid voorkomen.

Het (amelanotisch) melanoom

Het melanoom is een vorm van huidkanker welke ook wel bekend is onder de naam 'kwaadaardige moedervlek'. Het melanoom komt steeds vaker voor in Nederland. In 2005 werd het melanoom 3.600 maal geregistreerd bij het Integraal Kankercentrum Nederland. Voor 2018 staan de voorlopige cijfers op 7.046 (2).

Het melanoom staat bekend om zijn agressiviteit. Dit komt doordat het melanoom al bij een geringe tumorload (het aantal kankercellen in de afwijking) kan uitzaaien. Het melanoom kan overal op de huid voorkomen. Belangrijkste risicofactoren om een melanoom te ontwikkelen zijn o.a. overmatige blootstelling aan UV-straling, licht huidtype, zonverbrandingen voor het twintigste levensjaar en genetische aanleg (3).

Het amelanotisch melanoom is een melanoom welke geen of weinig pigment heeft. Het betreft ongeveer 5% van de melanomen. Het amelanotisch melanoom gedraagt zich als een melanoom, maar heeft als nadeel dat het niet lijkt op een melanoom en daardoor vaak later herkend wordt. De behandeling van een amelanotisch melanoom is hetzelfde als van een gewoon melanoom (4).

Vervolg casus

Tijdens het bespreken van de uitslag van de diagnostische excisie is direct de gehele huid van de heer Poolsman

nagekeken en zijn alle regionale klierstations van het hoofd-halsgebied, de oksels en de liezen gepalpeerd. Bij het lichamelijk onderzoek werden geen palpabele klieren gevonden. Met deze bevindingen is de heer Poolsman verwezen naar de oncologisch chirurg voor de re-excisie en het onderzoek naar de schildwachtklier.

Zowel bij de schildwachtklierprocedure als bij de PET-CT scan waren er geen aanwijzingen voor lymfkliermetastasen van het melanoom. De heer Poolsman heeft naar aanleiding van deze uitslag afgezien van een re-excisie van het litteken op de mediale zijde van de linker voet. Hij vond de ingreep te mutilerend en ging akkoord met driemaandelijke huidcontroles.

Beschouwing

De casus van de heer Poolsman laat ons zien dat het belangrijk is om goed na te vragen hoe een wond is ontstaan en hoe deze zich heeft ontwikkeld in de loop van de tijd. De heer Poolsman vertelde in de anamnese dat het om een opengestoten wrat ging. Het ongewone verloop en de klinische presentatie op de polikliniek ondersteunde dit verhaal echter niet. In zo'n geval moet je als zorgverlener kritisch zijn en meerdere mogelijkheden van het ontstaan van de wond onderzoeken. Door een diagnostische excisie uit te voeren, is de juiste diagnose gesteld en kon de heer Poolsman doorverwezen worden om de juiste zorg te ontvangen.

Literatuur

1. Melanoom, Landelijke richtlijn, Versie: 2.1. <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/08/Melanoom-versie-2.1-maart-2016.pdf> geraadpleegd op 20 augustus 2019
2. https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/dataset_1/img5d9bbf7b650a4?type=bar geraadpleegd op 20 augustus 2019
3. <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/mtxt/MelanomaMaligna.htm> Geraadpleegd op 20 augustus 2019
4. <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/atxt/amelanotisch-melanoom.htm> Geraadpleegd op 23 augustus 2019

** Harun Jacobs van den Hof, verpleegkundig specialist dermatologie, aandachtsgebied ulcus cruris en oncologie, Bravis Ziekenhuis, locatie Bergen op Zoom en locatie Roosendaal.*

Lid WCS Commissie Dermatologie/Ulcus cruris.