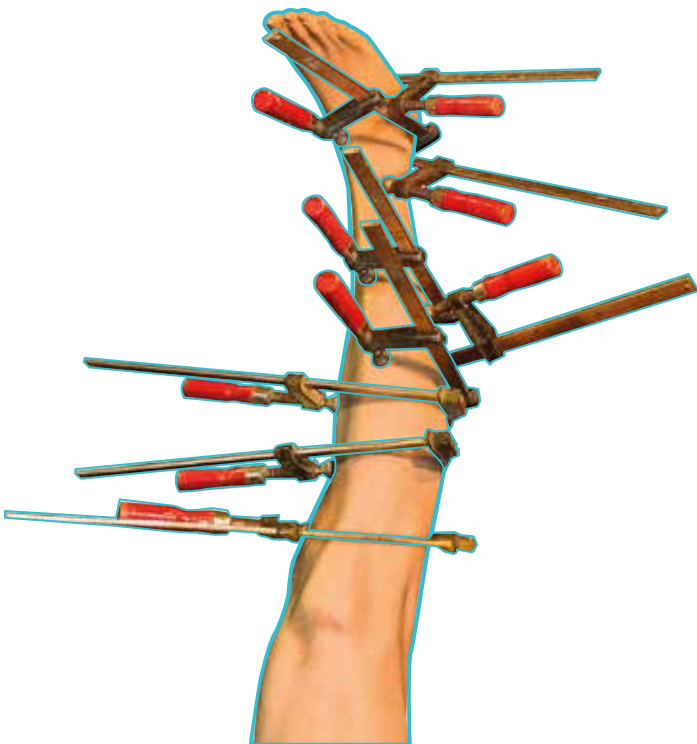


Richtlijn veneuze pathologie 2014

Aanbevelingen op het gebied van ulcus cruris venosum van belang voor verpleegkundigen en verzorgenden

T. Jongerius, A. Mooij*

De Richtlijn Veneuze Pathologie 2014 is deze zomer vastgesteld. De richtlijn geeft aanbevelingen over de begeleiding en behandeling van patiënten met diep veneuze ziekten, ulcus cruris venosum (UCV) en (compressie bij) varices en chronisch veneuze insufficiëntie (CVI). Doel van de richtlijn is het bieden van ondersteuning in de dagelijkse praktijkvoering om hiermee de uniformiteit en de kwaliteit van zorg te verbeteren. De richtlijn is bestemd voor alle intra- en extramurale zorgprofessionals die in aanraking komen met patiënten met deze ziektebeelden. Bijvoorbeeld verzorgenden, verpleegkundigen, dermatologen, vaatchirurgen, specialisten ouderen geneeskunde, huisartsen, of wondconsulenten. Voor patiënten is een afgeleide tekst van de richtlijn beschikbaar.



De WCS Commissie Ulcus Cruris heeft op verzoek van de Nederlandse Vereniging van Dermatologen en Venereologen (NVDV) geparticipeerd in het opstellen van de richtlijn. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming van experts uit relevante beroepsverenigingen. We selecteren een aantal voor verpleegkundigen en verzorgenden belangrijke aanbevelingen op het gebied van ulcus cruris.

Etiologie

UCV is een defect in de huid aan het onderbeen. Als gevolg van CVI verandert het weefsel aan het onderbeen. Een UCV komt voor bij circa 1% van de bevolking. Bij personen ouder dan 80 jaar neemt de prevalentie toe tot 4-5%. Veneuze insufficiëntie is nog steeds de meest voorkomende oorzaak van het ontstaan en/of het niet genezen van een ulcus cruris. Andere oorzakelijke factoren kunnen zijn arteriële insufficiëntie, trauma, diabetes mellitus, vasculitis, maligniteiten of infectie.

Anatomie

Een verschil tussen venen en arteriën is het feit dat venen kleppen bevatten en arteriën niet. Ook verschilt de opbouw van de vaatwand. Naast de pompwerking van het hart zijn andere mechanismen nodig om het bloed vanuit de onderste extremiteiten te transporteren. Het belangrijkste mechanisme is de kuitspierpomp, maar ook de beweeglijkheid van het enkelgewricht speelt een belangrijke rol in het verwerken van de veneuze bloedstroom. Daarnaast zijn er nog compressie en thoraco-abdominale drukverschillen.

Diagnostiek

Omdat de diagnose ulcus cruris een klinische diagnose is en eigenlijk geen onderliggende pathologie weergeeft is verdere diagnostiek noodzakelijk. De medische voorgeschiedenis, familieanamnese en specifieke aspecten zijn belangrijk bij iedere anamnese. Een voorbeeld anamneseformulier is te vinden in de richtlijn. In de nieuwe richtlijn is voor Dopplersonderzoek bij verdenking van varices en veneuze ziekten geen plaats meer. De uitslag daarvan is

onvoldoende betrouwbaar. Duplexonderzoek is nog altijd het onderzoek van de eerste keus.

Classificatie modellen

De CEAP (tabel 1) en de VCSS (tabel 2) zijn classificatiemodellen om de ernst van chronische veneuze ziekte (CVD) te duiden. Het volledig invullen van de CEAP is vanwege zijn omvangrijkheid vaak niet haalbaar. De nieuwe richtlijn beveelt daarom de VCSS aan; deze geeft een gedetailleerde en longitudinale beschrijving van het klinisch beeld. Aanbeveling van de richtlijn luidt: indien niet de volledige CEAP wordt gebruikt tijdens het eerste consult, leg dan tenminste de C vast en vul aan met de VCSS score. Samen met een duplex onderzoek kan de juiste diagnose gesteld worden voor zowel het oppervlakkige als diepe veneuze systeem.

Arteriële insufficiëntie

Voor het beoordelen van arteriële insufficiëntie is het voelen (palperen) van de enkel-/voetrugarterie niet altijd betrouwbaar. Vooral bij patiënten met diabetes mellitus omdat bij hen de vaten mogelijk niet comprimeerbaar zijn als gevolg van atherosclerose. Het meten van de enkel-arm index (EAI) geeft wel een betrouwbare aanwijzing voor de aanwezigheid van perifeer arterieel vaatlijden (PAV). EAI is, mits door een ervaren persoon uitgevoerd, in de eerstelijns eenvoudig uitvoerbaar.

Tabel 1. CEAP Classificatie model

CEAP Classificatie van chronische veneuze ziekte

C0	Geen zichtbare of voelbare tekenen van veneuze ziekte
C1	Teleangiëctasiën of reticulair venen
C2	Varices
C3	Oedeem
C4a	Pimentatie of eczeem
C4b	Lipodermatosclerose of atrophie blanche
C5	Genezen veneus ulcus
C6	Actief veneus ulcus

Tabel 2. VCSS Classificatie model

Klinische beschrijving	Afwezig (0)	Mild (1)	Gemiddeld (2)	Ernstig (3)
Pijn	Geen	Af en toe	Dagelijks, niet beperkend	Dagelijks, beperkend
Varices	Geen	Enkele	Kuit of dij	Kuit en dij
Veneus oedeem	Geen	Voet en enkel	Onder knie	Knie en erboven
Pigmentatie	Geen	Rondom enkel	Diffuus, lager dan 1/3 van de kuit	Meer, boven 1/3 kuit
Inflammatie	Geen	Rondom enkel	Diffuus, lager dan 1/3 van de kuit	Meer, boven 1/3 kuit
Induratie	Geen	Rondom enkel	Diffuus, lager dan 1/3 van de kuit	Meer, boven 1/3 kuit
Aantal ulcera	Geen	1	2	3 of meer
Ulcus duur	Geen	<3 maanden	3-12 maanden	>1 jaar
Omvang ulcus	Geen	<2cm	2-6cm	>6cm
Compressietherapie	Geen	Af en toe	Meeste dagen	Altijd

Tabel 3. TIME model

T	Aspect van weefsel, op basis van WCS Classificatiemodel zwart/geel/rood (hyper)granulatie, sclerose.
I	Tekenen van infectie in en rondom wond, maar ook foetor (geur), rubor, calor en dolor.
M	Vochtigheid wond, mate van exsudatie en maceratie wondranden.
E	Aspect van de wondrand, ondermijning, keratose en re-epithelisatie van de wond en wondranden

EAI

Bij elk ulcus cruris verdient het de aanbeveling een EAI te laten verrichten: het palperen van de arterie dorsalis pedis is onbetrouwbaar.

Wondbehandeling

Voor de beschrijving van een wond en keuze voor wondbehandeling adviseert de richtlijn het TIME model met daarin het WCS Classificatiemodel (onder de T van tissue) (tabel 3).

Tevens heeft het fotografisch vastleggen naast een klinische beschrijving een meerwaarde voor follow up. Het reinigen van een ulcus cruris venosum gebeurt bij voorkeur met kraanwater. In het algemeen kan gesteld worden dat het doel van de wondbedekker het creëren van een vochtig milieu is. Droge ulcera moeten vochtiger worden en bij lekkende ulcera (kader exsudaat) is adequate opvang belangrijk om maceratie te voorkomen.

Exsudaat

De richtlijn beveelt aan dat in geval van ulcus cruris venosum, behoudens de adequate behandeling van het onderliggend lijden, de mate van exsudatie de belangrijkste parameter is in het verdere beleid.

De keuze van een wondbedekker is afhankelijk van de eigenschappen van de wondbedekker en de wond en hiermee de frequentie van de verbandwissel. Kennis van wondbehandeling en materialen is noodzakelijk om de juiste keuze te maken op basis van kosteneffectiviteit.

Mechanisch debridement met behulp van monofilamenten kan een eenvoudige manier zijn om debris en beslag te verwijderen

Cadexomeerjodium

Cadexomeerjodium is een mogelijkheid wanneer toepassing van antibacteriële werking wordt overwogen. Algemeen kan worden opgemerkt dat (langdurig) gebruik van antimicrobiële middelen resistentie en ontwikkeling van allergieën in de hand kan werken.

Bij uitgebreide tekenen van infectie kan het gebruik van orale antibiotica worden overwogen maar de richtlijn raadt routinematig gebruik af. Het afnemen van een kweek van het ulcus cruris venosum is geïndiceerd bij tekenen van infectie en/of slecht genezende ulcera.

Compressie

In de richtlijn wordt alleen compressie bij varicesbehandeling en CVI meegenomen. Andere indicaties, zoals lymfoedeem of erysipelas, zijn hierin niet genoemd. Er is onvoldoende literatuur over welke materialen, stiffness et cetera bij welke indicatie moeten worden toegepast. Daarom heeft WCS Kenniscentrum Wondzorg samen met de NVDV het initiatief genomen om een expertdocument Compressie te gaan ontwikkelen, dat in de loop van 2015 zal verschijnen.

Debridement

Om vertraging van wondgenezing tegen te gaan is debridement van het ulcus van belang. De richtlijn beveelt aan om bij necrotisch beslag zo snel mogelijk met een chirurgische necrotectomie te starten. In de eerstelijns is dit niet altijd mogelijk. Mechanisch debridement met behulp van monofilamenten kan een eenvoudige manier zijn om debris en beslag te verwijderen.

Pijn

Veneuze ulcera kunnen pijnlijk zijn, afhankelijk van verschillende factoren. Een ulcus in een atrofie blanche gebied, een geïnfecteerd- of een hypertensief ulcus (Martorell's) kan zeer pijnlijk zijn. Orale pijnmedicatie kan

Immobiliteit

Het ulcus cruris venosum gaat veelal gepaard met immobiliteit, waardoor sociale isolement met mogelijk een depressie, van grote invloed is op de kwaliteit van leven van de patiënt.

Immobiliteit is van grote invloed op het ontstaan en de genezing van een ulcus cruris. Adequate compressie in combinatie met mobiliteit vormen de hoeksteen van de behandeling bij ulcus cruris venosum.

hierbij nodig zijn om de cliënt zich prettiger te laten voelen waardoor ook de mobiliteit (kader immobiliteit) zal verbeteren. Ook kan bevattend verband een optie zijn bij exsuderende ulcera. Wanneer pijn optreedt bij verbandwissel kunnen siliconenverbanden een mogelijkheid zijn.

Preventie en nabehandeling

Het ontwikkelen van een nieuw ulcus bij oppervlakkige veneuze insufficiëntie kan sterk verminderd worden bij vroegtijdige chirurgische behandeling van de varices in combinatie met ambulante compressietherapie. Dit betekent in de praktijk het levenslang dragen van therapeutische elastische kousen (TEK) nadat het ulcus is genezen. De richtlijn beveelt ook aan om de huid in goede conditie houden door bijvoorbeeld het onderbeen dagelijks in te smeren met een indifferente crème of zalf (na het uitdoen van de TEK).

Therapietrouw

Als verpleegkundigen weten we dat compressie (kader compressie) op veel weerstand kan stuiten. In de richtlijn wordt aanbevolen om het belang en doel en het voorkomen van recidief te bespreken. Advies, instructie en voorlichting met betrekking tot leefstijl zijn onmisbaar in de preventie en behandeling van ulcus cruris. Tot slot wordt aanbevolen om deze adviezen en oefeningen schriftelijk te ondersteunen.

Literatuur

1. Richtlijn Veneuze pathologie; Varices, Diep veneuze ziekte, Ulcus cruris, compressietherapie. NVDV, NVvH, Utrecht 2014 4-9-2014.

* *Trees Jongerius, gespecialiseerd verpleegkundige wond/stoma, Careijn Thuiszorg, Utrecht en Annemiek Mooij, verpleegkundig specialist, Slotervaartziekenhuis, Amsterdam.*