



Herziening richtlijn Veneuze pathologie 2020-2023 (samenvatting)

D.S. Adamse¹, C. Smit², K-P. de Roos³

De richtlijn Veneuze pathologie uit 2014 kreeg in de periode 2020-2023 een modulaire herziening voor de deelrichtlijnen 'Varices' en 'Ulcus cruris venosum' (UCV). Deze samenvatting bevat een overzicht van de aanbevelingen voor de behandeling bij stamvarices, het beleid bij UCV en de organisatie van zorg rondom varices en UCV.

STAMVARICES

Behandeling

Endoveneuze thermische ablatie (EVLA of RFA) is op verschillende terreinen even effectief gebleken als conventionele chirurgie (strippen) in de behandeling van symptomatische varices i.c.m. staminsufficiëntie om progressie te voorkomen. De meerwaarde van endoveneuze thermische ablatie wordt veroorzaakt door de geheel poliklinische setting (behandelkamer) en het feit dat deze techniek onder plaatselijke verdoving plaatsvindt waardoor dit minder belastend is voor de patiënt. Hierdoor neemt deze techniek minder dan een uur in beslag, waar de conventionele chirurgie vanwege de algehele of regionale anesthesie altijd in dagbehandeling op de (poliklinische) operatiekamer plaatsvindt. Bovendien hoeft de patiënt bij EVLA of RFA niet aan voornoemde vormen van anesthesie, en daarmee aan de daaraan gekoppelde risico's, te worden blootgesteld.

Foamsclerose is in vergelijking met de andere technieken minder effectief, maar is uitermate geschikt bij kronkelige venen en recidief varices. Een keuze voor één van de behandelingen of voor een combinatie dient geïndividualiseerd per patiënt te worden afgewogen.

ULCUS CRURIS VENOSUM

Diagnostiek

De diverse richtlijnen en de kwaliteitsstandaard complexe wondzorg (2019) stellen dat diagnostiek voor ulcera aan de onderbenen geïndiceerd is als binnen zes weken geen genezingsstendens optreedt. Voor het stellen van de diagnose is UCV veneus duplexonderzoek en, om eventuele arteriële pathologie uit te sluiten, een en een enkel-arm-index en/of teendrukmeting noodzakelijk. Bij onzekerheid over arteriële pathologie dient er verwezen te worden naar de vaatchirurg. Indien er bij het veneus duplexonderzoek diep veneuze pathologie naar voren komt, kan verwezen worden naar een expertisecentrum voor nadere evaluatie en behandelopties.

Bij de beschrijving van het weefsel (T van TIME), kan de beschrijving van de Woundcare Consultant Society, waarbij het weefsel als zwart, rood of geel wordt aangeduid, als onderdeel gebruikt worden, evenals vastlegging van aanvullende beschrijvingen als (hyper)granulatie. De werkgroep adviseert niet om het schema van de Woundcare Consultant Society (WCS) te gebruiken, omdat dit schema niet is toegespitst op de beoordeling (en dus keuze van wondbehandeling) van veneuze ulcera en daardoor minder effectief is.

Tabel 1: Uitleg van het TIME model

T	Tissue	Aspect van weefsel, (eventueel o.b.v. WCS: zwart/geel/rood) necrose en/of fibrine en/of granulatie, (hyper)granulatie, sclerose.
I	Inflammation	Tekenen van infectie in en rondom wond, maar ook foetor, rubor, calor en dolor.
M	Moisture	Vochtigheid wond, mate van exsudatie en maceratie wondranden.
E	Edge	Aspect van de wondrand, ondermijning, keratose en reëpithelisatie van de wond- en wondranden.

Als het UCV, ondanks adequate behandeling van het onderliggend lijden geen verbetering vertoont, moet men de diagnose heroverwegen. Dit kan worden ondersteund door aanvullend onderzoek. Dit aanvullende onderzoek kan bestaan uit onder andere laboratoriumonderzoek, een kweek, histopathologisch onderzoek en contactallergologisch onderzoek.

Bij patiënten met een atypische presentatie/locatie, zeer hevige pijn of het onderbreken van genezingsstendens ondanks adequate behandeling is histopathologisch onderzoek geïndiceerd. Contactallergologisch onderzoek is geïndiceerd bij eczeem rondom het ulcus en/of bij uitblijvende genezingsstendens. Een kweek dient alleen op indicatie verricht te

¹ Arts-onderzoeker NVDV, Utrecht

² Arts-onderzoeker NVDV, Utrecht

³ Dermatoloog, Erasmus MC en voorzitter richtlijnwerkgroep

worden. Verricht laboratoriumonderzoek om stagnerende factoren te achterhalen/adequate therapie te kunnen inzetten. Beeldvormend onderzoek met een röntgenfoto valt te overwegen bij een niet genezend diep ulcus.

Invasieve behandeling

Ongeveer de helft van alle patiënten met een UCV heeft dat op basis van oppervlakkige veneuze insufficiëntie. Behandeling hiervan kan de duur tot genezing beperken en ook de recidiefkans van het UCV verkleinen. Bij de diagnostiek door middel van een veneus duplexonderzoek dient dan ook direct te kijken naar de mogelijke behandelopties van veneuze insufficiëntie. Dit geldt ook voor de kwetsbare patiënt met een UCV. Het is van groot belang een UCV zo snel mogelijk te behandelen; hoe langer een wond open is, hoe lastiger het wordt deze te genezen. Afhankelijk van de gevonden veneuze afwijkingen, patiëntvoorkeuren en mogelijkheden zal gekozen moeten worden voor de meest praktische en haalbare therapie.

Eerste keuze is hierbij in de dagelijkse praktijk een endoveneuze thermische ablatie of wanneer het een kwetsbare patiënt betreft, echogeleide foam sclerose (UGFS). Beide therapieën kunnen worden uitgevoerd in een poliklinische setting. Endoveneuze thermische ablatie vindt plaats onder lokale verdoving. Kies bij beide behandelingen steeds de combinatie met compressietherapie (TEK) en laat de behandeling vroeg in het traject plaatsvinden.

Lokale behandeling

Bij een UCV is de behandeling ten eerste gericht op het primair lijden, namelijk de verhoogde veneuze druk. Deze wordt verminderd door het toepassen van compressietherapie en zo mogelijk de behandeling van insufficiënte venen. De wondbehandeling in engere zin is hieraan ondergeschikt.

Bij de wondgenezing van een UCV spelen veel factoren een rol die de wondgenezing kunnen stagneren, zoals een secundaire infectie, hypergranulatie, een slechte voedingstoestand of ontoereikende wondzorg. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar de effecten van diverse wondbedekkers, is alleen aangetoond dat het creëren van een vochtig wondmilieu wondgenezing bevordert.

Debridement

Beslag op ulcera en de aanwezigheid en mate van necrose kan lastig te beoordelen zijn. Dit kan leiden tot onnodig inzetten van debridement. Gezien het ontbreken van goede wetenschappelijke onderbouwing en de pijnklachten die deze behandeling kan geven, zou het routinematig inzetten van debridement niet gestimuleerd moeten worden. Chirurgisch debridement is makkelijk uitvoerbaar en kan een toegevoegde waarde hebben bij een geselecteerde patiëntengroep, met name bij patiënten met een slecht genezend UCV. Enzymatisch debridement kan in een aantal gevallen een verbetering geven. Met name bij niet nattende wonden met necrose kan dit een alternatief zijn.

Een overzicht van de verschillende vormen van debridement staat in de tabel 'Overzicht van de verschillende type debridement'. De werkgroep adviseert een chirurgisch, mechanisch of scherp debridement boven enzymatisch of autolytisch debridement.

Topicale agents & dressings

Bij de behandeling van een UCV kan in eerste instantie in principe met een (traditionele) non-adhesieve wondbedekker worden volstaan. De keuze voor een specifieke dressing is afhankelijk van eigenschappen van de wond (TIME) en de wondbedekker en mede afhankelijk van onder andere de frequentie van verbandwissel. Bij de keuze voor een wondbedekker kan een beschrijving van de wond met het zogenaamde TIME model gebruikt worden: Tissue, Inflammatie, Moisture en Edge (zie tabel 1: uitleg van het TIME model). Bij de applicatie van dressings dient op juist gebruik gelet te worden, waarbij het combineren en frequent wisselen van producten vaak niet zinvol is. Wanneer men een middel met antibacteriële werking wil toepassen, gaat de voorkeur uit naar cadexomeer-jodium boven zilver; honing wordt afgeraden.

Huidtransplantatietechnieken

Huidtransplantatietechnieken kunnen bij een UCV worden toegepast wanneer adequate compressietherapie en sanering van het veneuze systeem tot onvoldoende genezing heeft geleid. Om de kans op succes bij transplantatie te vergroten, is goede oedeemreductie vooraf en granulatie van de wondbodem een belangrijke basis. Overweeg behandeling met een transplantaat in die groep patiënten met UCV waarbij geen

Tabel 2: Overzicht van de verschillende type debridement

Type debridement	Uitleg
Chirurgisch	Operatieve verwijdering van weefsel
Scherp	Verwijdering van oppervlakkig weefsel met behulp van een curette, scalpel en/of schaar al dan niet onder plaatselijke verdoving
Mechanisch	Niet-selectief debridement door therapeutische irrigatie, monofilament fibre pads, laag-frequente US, hydrochirurgie
Autolytisch	Selectief langzaam debridement dat op een natuurlijke manier plaatsvindt en kan worden ondersteund met topische middelen en wondbedekkers (incl. eusol, cadexomeer jodium, honinggel, vezelgel, polyhexamineethyleen biguanide)
Enzymatisch (ook wel chemisch/'surfactant')	Applicatie van exogene enzymen of chemicaliën op de wondoppervlakte, waaronder alginogel, en wondreinigers en gels met hoge of lage concentraties oppervlakteactieve stoffen

genezingstendens optreedt, ondanks adequate behandeling. Kies in de eerste instantie bij een autoloog transplantaat voor een punch graft procedure vanwege het minimaal invasieve karakter. Overweeg bij een groot en slecht genezend ulcus een split skin graft.

Negatieve druktherapie

Negatieve druktherapie, of vacuümtherapie, wordt ingezet bij patiënten met ulcera (inclusief veneuze ulcera) die slecht genezen. Stimulatie van de wondgenezing is gebaseerd op versnelling van angiogenese en granulatie en op verlaging van de bacteriële contaminatiegraad door het constant afzuigen van wondvocht. Poliklinische en in mindere mate klinische negatieve-druktherapie wordt in de dagelijkse praktijk regelmatig ingezet voor diverse soorten ulcera. Zowel als voorbereiding van het wondbed op een huidtransplantaat als ook postoperatief om een graft te fixeren en wondvocht te draineren. Het inzetten van negatieve druktherapie lijkt mogelijk wel een plaats te hebben voor traag genezende (>6 maanden) en/of recalcitrante ulcera. Negatieve druktherapie kan ingezet worden als mono behandeling, maar wordt met name aanbevolen als aanvulling op autologe huidtransplantatie bij UCV.

Plaatjesrijk plasma

Autologe plaatjesrijk plasma (PRP) wordt sinds 1990 gebruikt, met name bij genezing van chronische wonden. Er zijn verschillende technieken om PRP te verkrijgen. De meest voorkomende techniek is autologe bloedafname, waarna het bloed wordt gecentrifugeerd om de bloedplaatjes te scheiden van rode en witte bloedcellen. De bloedplaatjes bevatten een hoge concentratie van groeifactoren, die aan de wond als gel of oplossing kan worden aangebracht op de wonden. Door de hoge concentratie van groeifactoren wordt verondersteld dat dit de wondgenezing kan bevorderen door het regeneratieproces aan te wakkeren. PRP-therapie is een tijdsintensieve en invasieve behandeling, die alleen in (poli)klinische setting uitgevoerd kan worden. Gezien het ontbreken van duidelijk bewijs, ondanks diverse studies, is geen plaats voor deze behandeling in het palet voor aanvullende behandeling voor traag genezende en recalcitrante ulcera. De behandeling met autologe plaatjesrijk plasma (PRP) bij UCV wordt dan ook niet aanbevolen vanwege het ontbreken van bewijs.

Groeifactoren

Geconcentreerde groeifactoren is een concentratie van een tweede generatie autologe groeifactoren vergeleken met PRP. Het bevat een multifactoriële stimulatie omdat verschillende fases van het bloed worden gebruikt. Groeifactoren (PRP 2.0) therapie is zowel een tijdrovende als een invasieve behandeling, die alleen in (poli) klinische setting uitgevoerd kan worden. Er is één studie verricht bij gemengde arterioveneuze ulcera waarbij de duur van ulcera onbekend is. Er zijn meer studies nodig als aanvulling op deze behandeling als aanvullende behandeling voor traag genezende en recalcitrante UCV kan worden toegepast. De behandeling met geconcentreerde groeifactoren bij UCV wordt dan ook niet aanbevolen vanwege het ontbreken van bewijs.

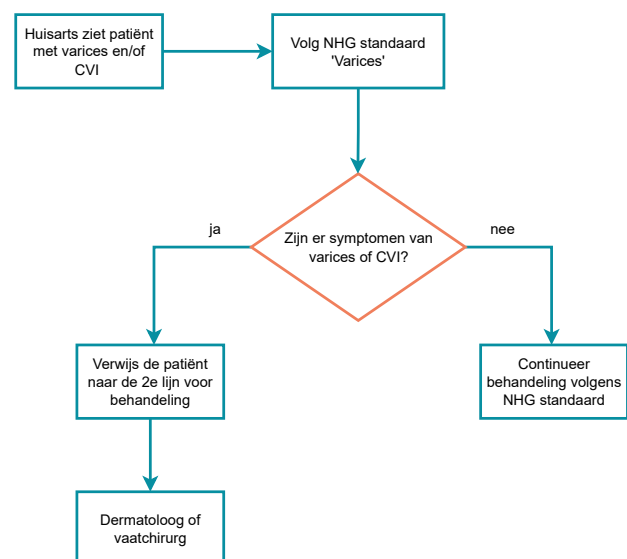
Compressie

UCV betreft veelal een chronische aandoening met een recidiverend karakter. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van UCV is onderliggende veneuze pathologie. Verhoogde druk door insufficiënte of obstructie van de venen kan leiden tot stase dermatitis, oedeem en depositie van fibrine en ijzerpigment in de huid, waardoor de huid beschadigd met als resultaat een vertraagde wondgenezing of het ontstaan van ulcera.

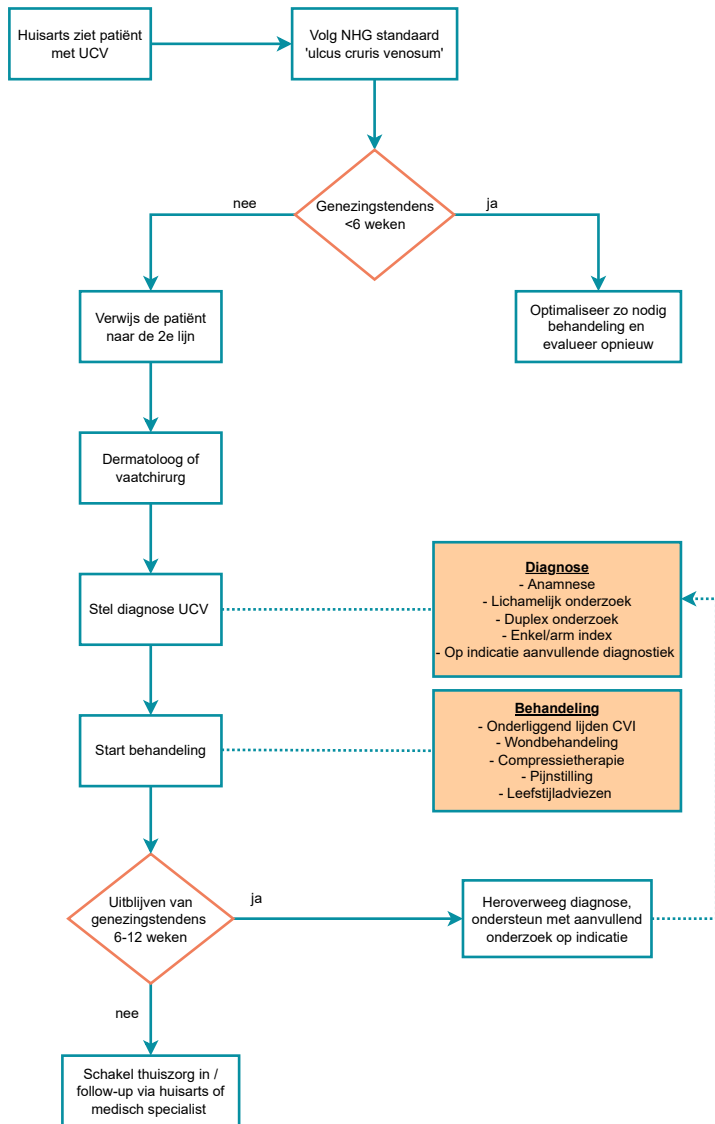
Zowel behandeling van UCV als de preventie voor een recidief hebben als doel de druk in de venen te verlagen. Dit kan plaatsvinden door de behandeling van varices. Compressietherapie zorgt voor een snellere wondgenezing. De hypothese bestaat dat compressietherapie na recidief ulcera ook kan bijdragen aan de preventie van recidieven. Naast het saneren van het veneuze systeem, zoals een thermische ablatie van een insufficiënte stamvene, betreft compressietherapie het tweede belangrijke onderdeel van de behandeling van UCV.

Wanneer voldoende omvangreductie is bereikt, dient een TEK (doorgaans klasse 2 of 3) aangemeten te worden, mits het onderliggend lijden onveranderd is. TEK's met 25-35 mmHg druk hebben een goed effect op het insufficiënte veneuze systeem. Afhankelijk van de werking van de TEK kan de drukklasse worden aangepast. Alternatieve vormen van compressietherapie kunnen op indicatie worden geadviseerd (waaronder klittenbandsysteem of intermitterende pneumatische compressie).

Omdat therapietrouw een probleem kan zijn (met name bij klasse 3) is goede uitleg over indicatie voor het dragen van de TEK en de risico's van het niet-dragen van de TEK van groot belang. De patiënt dient gemotiveerd te worden voor het dragen van de TEK. De duur van de behandeling van de TEK wordt door de behandelaar bepaald en besproken met de



Flowdiagram organisatie van zorg bij patiënten met varices



Flowdiagram organisatie van zorg bij patiënten met een UCV

patiënt. Baseer de vorm van compressietherapie op de patiëntkarakteristieken en laat dit aansluiten op het onderliggend lijden.

ORGANISATIE VAN ZORG

Varices komen bij een groot deel van de bevolking voor, nemen toe met het stijgen van de leeftijd en kunnen een wisselend klachtenpatroon veroorzaken. Bij ongeveer de helft van de patiënten wordt een veneus ulcus cruris veroorzaakt door varices. In geval van klachten die bij veneuze pathologie kunnen passen, kan besloten worden deze te behandelen. In het algemeen zijn (wond)verpleegkundigen, oedeemtherapeuten en fysiotherapeuten niet van belang in de behandeling van varices. Thuiszorg wordt soms ingezet bij aan/uittrekken van TEK.

Ulcera cruris venosum komen regelmatig voor en veroorzaken grote ziektelast en hoge zorgkosten. Deze kosten worden veroorzaakt door een lange genezingsduur en gebrek aan kennis en adequate behandeling. Als er bij patiënten met een UCV binnen zes weken geen genezingstendens optreedt, dient de patiënt verwezen te worden naar een tweedelijnscentrum.

Het is van belang om met alle betrokken zorgverleners goede werkafspraken (zorgpad/protocol) te maken over de verschillende verantwoordelijkheden in de keten.

Zie de twee flowdiagrammen die de organisatie van zorg rondom varices en UCV weergeven.

CORRESPONDENTIEADRES:

Kees-Peter de Roos
E-mail: kpdr@home.nl