

Overkoepelende richtlijn 'Veneuze pathologie'

Kees-Peter de Roos, Cees H.A. Wittens, M. Birgitte Maessen-Visch en C.P.M. (Karin) van der Wegen-Franken

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A8299

De overkoepelende richtlijn 'Veneuze pathologie' bestaat uit 4 onderdelen: 2 herziene richtlijnen, 'Varices' en 'Ulcus cruris venosum', en 2 nieuwe richtlijnen, 'Diep veneuze ziekte' en 'Compressietherapie'.

Deze richtlijnen zijn geschreven door een werkgroep die is samengesteld uit onder andere vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

We bespreken hier de belangrijkste onderdelen van de richtlijn.

Veneuze ziekte vindt mogelijk haar oorsprong in de evolutie van de mens. Na de overgang van vierbenigen naar tweebeenen waren er wellicht onvoldoende aanpassingen in de menselijke hemodynamiek, waardoor een andere drukverdeling in staande positie ontstond.¹ Veneuze ziekte kent een hoge prevalentie die met de leeftijd toeneemt: drie kwart van de westerse bevolking boven de 80 jaar heeft enige vorm van veneuze ziekte. Chronische veneuze ziekte, al dan niet in combinatie met een veneus ulcus cruris, komt bij circa 1% van de bevolking voor; bij mensen ouder dan 80 jaar neemt de prevalentie ervan toe tot 4-5%. In alle leeftijdsgroepen zou bij vrouwen een ulcus cruris 2-3 keer zo vaak voorkomen.

Er is nu een overkoepelende richtlijn die zich beperkt tot veneuze ziekten aan de onderste extremiteiten (www.huidarts.info/documents/default.aspx?lid=1&id=249). Deze is opgebouwd uit 4 onderdelen: 2 herziene richtlijnen, 'Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum' uit 2005 en 'Richtlijn diagnostiek en behandeling van varices' uit 2007, en 2 nieuwe richtlijnen, 'Diep veneuze ziekte' en 'Compressietherapie'. De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie willen met deze richtlijn bereiken dat de diagnostiek en behandelingsstrategie binnen de verschillende beroepsgroepen beter met elkaar overeenstemmen. Naar verwachting zal de kwaliteit van de zorg daardoor verbeteren. Voor een patiënt met veneuze ziekte mag het immers niet uitmaken bij welke behandelaar hij of zij terecht komt en moet de behandeling die wordt aangeboden overal gelijkwaardig zijn.

De richtlijn is afgestemd met het Zorginstituut Neder-

DermaPark, Uden.

Dr. K.P. de Roos, dermatoloog.

Maastricht Universitair Medisch Centrum, Hart en Vaatcentrum, Maastricht.

Prof.dr. C.H.A. Wittens, vaatchirurg.

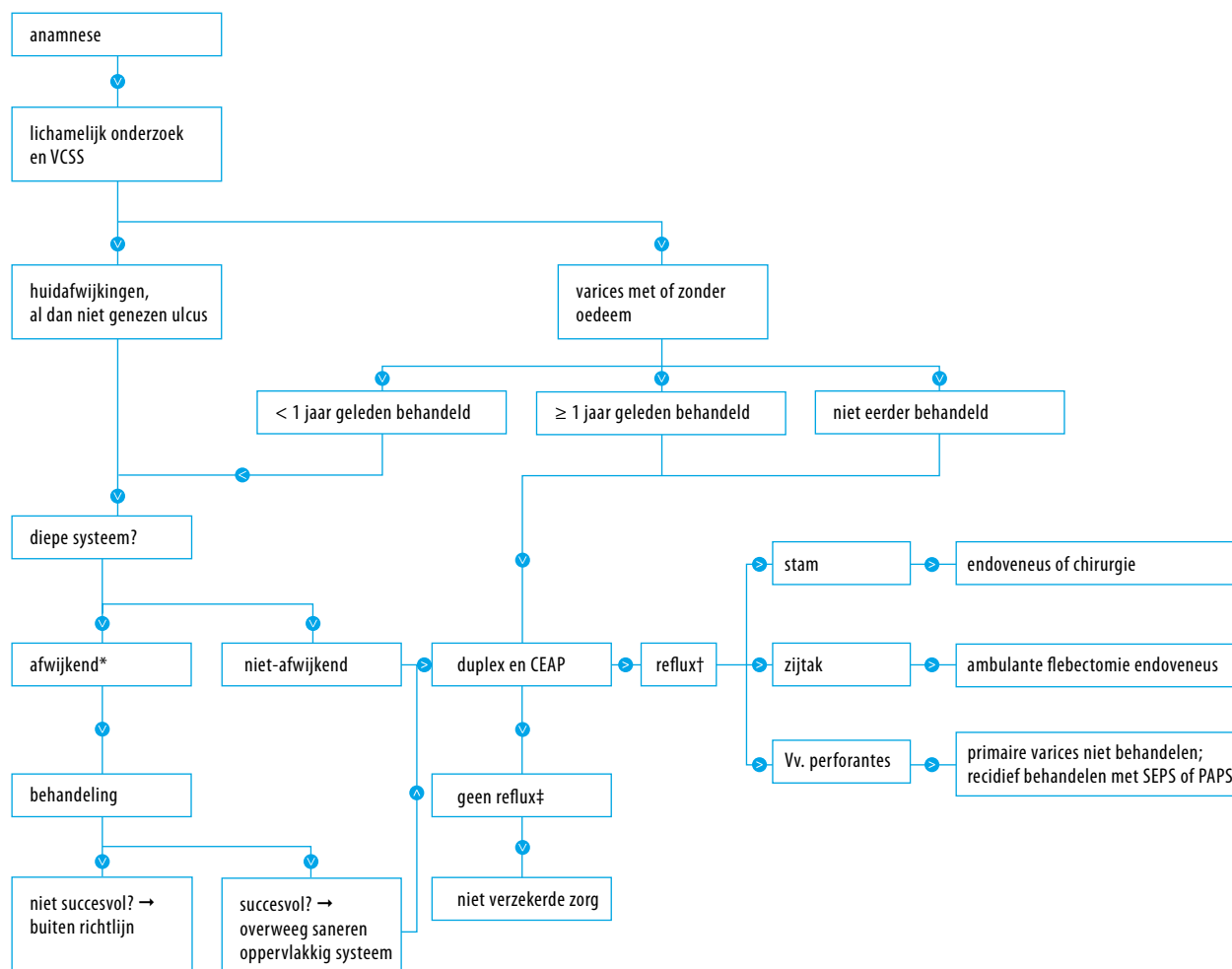
Ziekenhuis Rijnstate, afd. Dermatologie, Arnhem.

Dr. M.B. Maessen-Visch, dermatoloog.

Franciscus Ziekenhuis, afd. Dermatologie, Roosendaal.

Dr. C.P.M. van der Wegen-Franken, dermatoloog.

Contactpersoon: dr. K.P. de Roos (kpdr@dermapark.nl).



FIGUUR Schematische weergave van de diagnostiek en behandeling van patiënten met varices.

* Afwijkend diep-veneuzesysteem: obstructie met collaterale circulatie; axiale insufficiëntie van V. femoralis tot en met V. poplitea.

† Reflux aangetoond met duplexonderzoek: axiale staminsufficiëntie; refluxduur > 0,5 s; diameter > 3 mm halverwege dijbeen.

‡ Reflux niet aangetoond met duplexonderzoek: geen of segmentale reflux; refluxduur < 0,5 s; diameter < 3 mm halverwege dijbeen.

VCSS = 'Venous clinical severity score'; CEAP = CEAP-classificatie (zie tabel 1); endoveneus = endoveneuze laserablatie, radiofrequente ablatie of schuimsclerocompressietherapie; SEPS = 'Subfascial endoscopic perforator surgery'; PAPS = 'Percutaneous ablation of perforators'.

land (ZiNL; voorheen College voor Zorgverzekeringen, CVZ), waarmee ook de verzekerde zorg conform het stroomdiagram in de figuur is geregeld. Nieuw is dat daarmee afstemming is bereikt tussen de evidencebased richtlijn en de al dan niet verzekerde zorg.

Aan het begin van het opstellen van de richtlijn werd een congres op uitnodiging ('invitational conference') gehouden waarbij belanghebbenden, zoals patiëntvertegenwoordigers, ZiNL, zorgverzekeraars en leveranciers, werden gehoord over de knel- en aandachtspunten. Na deze bijeenkomst werd een twintigtal uitgangsvragen vastgesteld. Er werd gezocht naar relevante wetenschap-

pelijke literatuur door het verrichten van systematische zoekacties tot en met 30 november 2012 in de Cochrane Library, PubMed en bij een selectie van zoekvragen ook in Embase. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van de opgevraagde literatuur. Ook werden andere richtlijnen over varices geraadpleegd.

CLASSIFICATIE VAN VENEUZE ZIEKTE

In 1994 is de zogenaamde CEAP-classificatie geïntroduceerd om wetenschappelijk onderzoek over veneuze ziekten te uniformeren (tabel 1). Deze classificatie is

TABEL 1 CEAP-classificatie voor veneuze ziekte

klinische status (C)	etiologie (E)	anatomie (A)	pathofysiologie (P)
C ₀ - geen zichtbare afwijkingen	E _c - congenitaal	A _s - superficiael	P _r - reflux
C ₁ - reticulaire venen	E _p - primair	A _p - perforerend	P _o - obstructie
C ₂ - varices	E _s - secundair	A _d - diep	P _{ro} - combinatie
C ₃ - oedeem	E _n - geen veneuze oorzaak bekend	A _n - geen veneuze locatie bekend	P _n - geen veneuze pathofysiologie bekend
C ₄ - lipodermatosclerose			
C ₅ - genezen ulcus			
C ₆ - actief, open ulcus			
S - symptomatisch			
A - asymptomatisch			

echter een relatief statische beschrijving van zichtbare veneuze symptomen die niet de ziektelast classificeert, maar vooral onderscheid maakt op basis van etiologie. De werkgroep adviseert daarom aanvullend de 'Venous clinical severity score' (VCSS) te gebruiken (tabel 2). De VCSS is een dynamisch instrument waarmee de individuele klinische ziektelast en behandelresultaten van veneuze ziekte in de tijd en in respons op behandeling kunnen worden gemeten.^{2,3}

Het duplexonderzoek is een combinatie van echografie en 'pulsed'-Doppler-onderzoek, waarmee informatie kan worden verkregen over zowel de anatomie van als de bloedstroom ('flow') in het veneuze systeem. Met de ontwikkeling van deze techniek zijn invasieve onderzoeken, zoals flebografie en varicografie, naar de achtergrond verdwenen. Bij iedere patiënt die met veneuze klachten op het spreekuur komt, moet dan ook duplexonderzoek worden verricht. Het onderzoek dient uit 3 componenten te bestaan: (a) visualisatie; (b) uitsluiten van reflux met provocatietesten; en (c) bepalen van de comprimeerbaarheid van de vaten. Bij verdenking op centraal-veneuze vaatziekte, dat wil zeggen: bij supra-inguinale afwijkingen, is er in aanvulling op duplexonderzoek een indicatie voor geavanceerd beeldvormend onderzoek (CT- of MR-venografie).^{4,5}

STAMVARICES

Varices zijn vaak kronkelend verlopende, gedilateerde venen die kunnen worden ingedeeld naar lokalisatie. Varices van de V. saphena magna en parva – de zogenaamde stamvarices – zijn vaak niet zichtbaar, omdat ze worden ingeklemd tussen de musculaire en subcutane fascie. Dat geldt ook voor het proximale deel van grotere zijtakken. Reticulaire varices en microvarices die parallel vlak onder de huid liggen, vooral op de dijen van vrouwen (bezemrijsvarices), hebben vanwege hun geringe diameter geen hemodynamische betekenis.⁶ Wanneer patiën-

ten met ongecompliceerde, zichtbare varices met of zonder oedeem en zonder huidveranderingen worden behandeld, kan de kwaliteit van leven normaliseren; dit gebeurt niet als de veneuze ziekte verder gevorderd is.^{7,8} Grosso modo zijn er 3 soorten therapeutische ingrepen voor staminsufficiëntie: operatief verwijderen (strippen), endovasculaire verhitte (thermische ablatie) en scleroseren met schuim. De herziene richtlijn spreekt zich uit voor endoveneuze thermische technieken, omdat deze qua effectiviteit gelijk zijn aan strippen, dat onder algemene of spinale anesthesie plaatsvindt, maar duidelijk veel patiëntvriendelijker zijn; voor thermische ablatie is immers alleen lokale verdoving nodig. Schuimscleroseren is in vergelijking met de andere technieken minder effectief, maar uitermate geschikt bij patiënten met kronkelige venen, venen met een kleine diameter of bij een recidief van varices. Bovendien kan deze techniek onbeperkt worden herhaald.

ZIJTAKVARICES

Bij zijtakvarices worden voornamelijk 2 behandelingen toegepast: scleroseren en de zogenaamde ambulante flebectomie. Bij sclerocompressietherapie worden varices geïnjecteerd met een chemische vloeistof of schuim, waardoor het vat oblitereert. In het algemeen wordt dit gecombineerd met compressie. Bij ambulante flebectomie worden varices verwijderd met daartoe geëigende instrumenten (flebectomiehaken) via kleine incisies (doorgaans 2-3 mm); dit gebeurt veelal in combinatie met compressie in de vorm van een verband. Dit heet ook wel mini-incisie-convolutectomie of 'Mulleren', naar de eerste beschrijver.⁹ Het recidiefpercentage na ambulante flebectomie is significant lager (2%) dan na sclerocompressietherapie (37,5%).¹⁰

De richtlijn bevat ook een stroomschema met daarin een samenvatting van de diagnostiek en behandeling van stam- en zijtakvarices. Een eerder besluit van het ZiNL

TABEL 2 Gereviseerde VCSS-classificatie voor veneuze ziekte

klinische determinant	afwezig (0)	licht (1)	matig (2)	ernstig (3)
pijn	geen	af en toe	dagelijks, maar niet beperkend	dagelijks en beperkend
varices	geen	enkele	kuit of dij	kuit of dij
oedeem	geen	rond de enkel	onder de knie	rond knie en hoger
pigmentatie	geen	rond de enkel	onderste deel kuit	verder omhoog
ontsteking	geen	rond de enkel	onderste deel kuit	verder omhoog
induratie	geen	rond de enkel	onderste deel kuit	verder omhoog
aantal actieve ulcera	geen	1	2	≥ 3
duur ulcus	geen	< 3 maanden	3-12 maanden	> 1 jaar
omvang ulcus	geen	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
compressietherapie	geen	intermitterend	vrijwel altijd	continu

VCSS = 'Venous clinical severity score'.

dat de behandeling van varices cosmetisch is zolang er geen oedeem bestaat,¹¹ is inmiddels aangepast. De belangrijkste parameters voor behandeling en daarmee ook voor vergoeding zijn nu de aanwezigheid van reflux en de diameter van de te behandelen varix (zie de figuur).

DIEP-VEENUZE ZIEKTE

De nieuwe richtlijn 'Diep veneuze ziekte' is met name tot stand gekomen door de veranderde inzichten in het ontstaan en de behandelingsopties van het post-trombotische syndroom en de veneuze-compressiesyndromen zoals het May-Thurner-syndroom.

Men dient zich te realiseren dat ruim 15% van de patiënten met huidveranderingen en een genezen dan wel actief ulcus, een afvloedstoornis in het kleine bekken heeft. Dit komt meestal door een niet goed gerekanaliseerde diep-veneuze trombose of een zogenaamd compressiesyndroom. Tegenwoordig wordt onderkend dat bij patiënten met varices die binnen 1 jaar na adequate behandeling recidiveren, een dergelijke oorzaak eveneens uitgesloten en eventueel behandeld dient te worden. Bij deze categorie patiënten dient altijd in de schaamstreek of onderbuik gezocht te worden naar collateralen. Als collateralen aanwezig zijn, duiden deze nagenoeg een-op-een op een afvloedbelemmering in het ilio-cavale traject. Als bij deze groep patiënten een afvloedbelemmering is aangetoond met duplexonderzoek, MR- of CT-venografie, kunnen deze afwijkingen – met een succespercentage van ongeveer 80 – gerekanaliseerd en gestent worden, al dan niet in combinatie met een endoflebectomie en verwijdering van een arterioveneuze fistel.

Een ballondilatatie van een veneuze vernauwing moet altijd gevolgd worden door het stenten van het gedilateerde segment, omdat de vernauwing anders onmiddellijk

recidiveert. De stents moeten het afwijkende vaattraject volledig bedekken met een grote diameter, voldoende lengte, een hoge radiale kracht en hoge flexibiliteit. Als een dergelijke reconstructie niet lukt, zijn de patiënten terug bij af; tot op heden zijn geen van de aldus behandelde patiënten na een mislukte reconstructie slechter geworden.

Mocht een endoveneuze rekanalisatie en het plaatsen van een stent niet lukken, dan is een bypassoperatie slechts geïndiceerd als er sprake is van ernstig veneus lijden, zoals persisterende of snel recidiverende ulcera, ernstige pijn, of een ernstig beperkte kwaliteit van leven. Patiënten met klinisch relevante diep-veneuze reflux worden pas chirurgisch behandeld nadat een eventuele obstructie is opgeheven. Een klepreconstructie voor een diep-veneuze insufficiëntie is slechts geïndiceerd voor die patiënten bij wie een axiale reflux van de lies tot onder de knie is aangetoond met een descenderend flebogram. Mocht de patiënt axiale reflux hebben zonder ernstige klinische symptomen, dan is er geen indicatie voor een chirurgische interventie.

Tot op heden worden deze rekanalisaties en klepreconstructies al dan niet met aanvullende behandelingen verricht in gespecialiseerde centra. Gezien het geschatte aantal van 100.000 patiënten in Nederland zal de landelijke operatiecapaciteit binnen afzienbare tijd moeten worden uitgebreid.

ULCUS CRURIS VENOSUM

De diagnostiek voor het stellen van de diagnose 'ulcus cruris venosum' is nog steeds moeilijker dan het lijkt. Naast het vaststellen van veneuze insufficiëntie en het bepalen van een enkel-armindex is de klinische blik van de medisch specialist onontbeerlijk.

Bij ongeveer 50% van de veneuze ulcera is alleen oppervlakkige veneuze insufficiëntie de onderliggende oorzaak. Naast het corrigeren van de veneuze hemodynamiek door het opheffen van de veneuze insufficiëntie (zie onder de kopjes ‘Stamvarices’ en ‘Zijtakvarices’), is compressietherapie nog steeds de hoeksteen van de behandeling.

Nieuw in de richtlijn is het beschrijven van het *ulcus cruris* volgens de TIME-criteria, zoals het aspect van het weefsel en de wondrand, tekenen van infectie, de mate van doorbloeding en de aanwezigheid van exsudatie (tabel 3). Bovendien wordt nu aanbevolen om de wond fotografisch vast te leggen. Vanwege het ontbreken van RCT's kan geen van de huidige wondbedekkers als superieur worden aangemerkt. Daarom kan in principe gestart worden met een eenvoudige non-adhesieve wondbedekker. Afhankelijk van patiëntkenmerken, wondeigenschappen, frequentie van verbandwisseling en de kosten kunnen andere producten worden overwogen. Bij tekenen van infectie verdient cadexomeerjodium de voorkeur boven zilverproducten. Huidtransplantatie is een zinvolle behandeling bij therapieresistente ulcera.

Bij vertraagde wondgenezing is het verrichten van epicutaan allergologisch onderzoek geadviseerd. Het gebruik van pentoxifylline of eventueel flavonoiden en acetylsalicylzuur valt te overwegen als adjuvans bij compressietherapie.

Adequate voorlichting en adviezen over leefstijl leveren een belangrijke bijdrage aan de preventie en maken daarom onderdeel uit van de behandeling van patiënten met *ulcus cruris venosum*. Hoewel daar momenteel veel aandacht voor is, leiden individuele stimuleringsprogramma's niet tot verkorting van de genezingsduur.

TABEL 3 TIME-criteria voor het beschrijven van het *ulcus cruris venosum*

criterium	aspect
'tissue' (T)	aspect van weefsel (eventueel op basis van Woundcare Consultant Society-criteria: zwart, geel of rood), necrose en/of fibrine en/of granulatie of hypergranulatie, sclerose
'infection' (I)	tekenen van infectie in en rondom wond, maar ook foetor, rubor, calor en dolor
'moisture' (M)	vochtigheid wond, mate van exsudatie en maceratie wondranden
'edge' (E)	aspect van wondrand, ondermijning, keratose, en re-epithelisatie van wond- en wondranden

COMPRESSIETHERAPIE

Bij de behandeling van patiënten met veneuze ziekten kan compressietherapie worden onderverdeeld in compressie met verbanden (zowel elastisch als niet-elastisch) of therapeutische elastische kousen (TEK's). Slechts in uitzonderlijke gevallen is een rol weggelegd voor intermitterende pneumatische compressietherapie, bijvoorbeeld als standaardcompressietherapie niet goed toepasbaar is of niet wordt verdragen.

Compressietherapie berust van oudsher op empirie en laat zich lastig in een richtlijn gieten. Goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek is schaars, vaak methodologisch van matige kwaliteit en onderling moeilijk te vergelijken. Zo zijn er geen studies die aantonen dat het dragen van TEK's het ontstaan van varices of progressie ervan en het ontstaan van complicaties kan voorkomen. Wel zijn er aanwijzingen dat het dragen van een TEK (klasse II) door patiënten met huidveranderingen de hemodynamiek kan verbeteren.¹² Ook kan het dragen van een TEK (klasse I of II) vroeg in de zwangerschap de reflux in de V. saphena magna reduceren en de klachten verminderen, maar er is geen effect op het ontstaan van varices.¹³ Bij patiënten met varices dient compressietherapie alleen ingezet te worden als het veneuze systeem niet te saneren is of bij persisterende klachten na een spataderbehandeling. Een TEK van klasse II heeft dan de voorkeur.

Bij een *ulcus cruris venosum* vormt compressietherapie de basis van de behandeling. Men heeft hier de keuze uit diverse soorten compressietherapie. Rekening houdend met de vorm van het been, de mobiliteit en de leeftijd van de patiënt heeft men de keuze uit diverse typen verbanden, waaronder verbanden met niet-elastisch klittenband en ulcuskousen. Zodra het *ulcus* genezen is, dienen levenslang TEK's (klasse III) gedragen te worden, mits deze verdragen worden door de patiënt en er geen contra-indicaties zijn, zoals arteriële insufficiëntie. Ook de nabehandeling – tijdens de onderhoudsfase – dient periodiek gecontroleerd te worden.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 september 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8076

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8076**

LITERATUUR

- 1 De Roos K-P. Chronische veneuze insufficiëntie. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2002;146:822-3.
- 2 Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al; American Venous Forum International Ad Hoc Committee for Revision of the CEAP Classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40:1248-52.
- 3 Vasquez MA, Rabe E, McLafferty RB, et al; American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. *J Vasc Surg.* 2010;52:1387-96.
- 4 Ascitutto G, Mumme A, Marpe B, Köster O, Ascitutto KC, Geier B. MR venography in the detection of pelvic venous congestion. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;36:491-6.
- 5 Fraser DG, Moody AR, Morgan PS, Martel A. Iliac compression syndrome and recanalization of femoropopliteal and iliac venous thrombosis: a prospective study with magnetic resonance venography. *J Vasc Surg.* 2004;40:612-9.
- 6 Neumann, H.A.M. *Handboek flebologie – diagnostiek en behandeling van veneuze ziekten.* Houten: Prelum uitgevers; 2011.
- 7 Carradice D, Mazari FAK, Samuel N, Allgar V, Hatfield J, Chetter IC. Modelling the effect of venous disease on quality of life. *Br J Surg.* 2011;98:1089-98.
- 8 Michaels JA, Campbell WB, Brazier JE, et al. Randomised clinical trial, observational study and assessment of cost-effectiveness of the treatment of varicose veins (REACTIV trial). *Health Technol Assess.* 2006;10:1-196, iii-iv.
- 9 Muller R. Traitement des varices par la phlébectomie ambulatoire. *Bull Soc Fr Phléb.* 1966;19:277-9.
- 10 De Roos KP, Nieman FH, Neumann HA. Ambulatory phlebectomy versus compression sclerotherapy: results of a randomized controlled trial. *Dermatol Surg.* 2003;29:221-6.
- 11 Varices: medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2011.
- 12 Labropoulos N, Leon M, Volteas N, Nicolaidis AN. Acute and long-term effect of elastic stockings in patients with varicose veins. *Int Angiol.* 1994;13:119-23.
- 13 Thaler E, Huch R, Huch A, Zimmermann R. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study. *Swiss Med Wkly.* 2001;131:659-62.