Adaptatie Duodecimrichtlijn: Conservative and plastic treatment of leg ulcers.

Haio: LAEREMANS Laurens , U.A.
Promotor:
Praktijkopleider: VOS Katelijne

Context: Met de toenemende vergrijzing, zijn ook cardiovasculaire aandoeningen samen met hun complicaties een erg belangrijk opkomend probleem. Om deze reden koos ik ervoor om samen met een collega Haio de Finse Duodecimrichtlijn ?Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers? aan te passen naar een bruikbaar instrument in de Belgische huisartsgeneeskunde ter behandeling van arteri?le en veneuze ulcera.

Onderzoeksvraag: 1) Welke elementen uit anamnese en KO zijn van belang in het differenti?ren in verschillende oorzaken van ulcus cruris? 2) Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in de eerste lijn voor veneus ulcus? 3) Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in eerste lijn bij arterieel ulcus? 4) In welke gevallen van ulcus cruris dienen antibiotica opgestart te worden in de eerste lijn? 5) Welke methodiek wordt gebruikt voor de verbandkeuze bij de wondzorg van ulcus cruris? 6) Bij welke patiënten met een ulcus cruris is doorverwijzing naar 2e lijn aangewezen?

Methode: Via EBMPracticeNet kregen we een handboek (Adaptatie DuodecimRichtlijnen) waarin de te volgen stappen uitgeschreven staan. In de screeningsfase stelden we op basis van het PIPOH concept zes klinische vragen op die we graag beantwoord wilden zien. Hierna zochten we in internationale en nationale databases naar relevante richtlijnen en literatuur. De hieruit weerhouden literatuur beoordeelden we onafhankelijk van elkaar met behulp van AGREE II, waarbij we in geval van een verschil groter dan ??n punt tot een consensus moesten proberen te komen. De aanbevelingen screenden we op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. We vergeleken onze aanbevelingen met de gevonden literatuur, deden aanpassingen waar nodig, noteerden al onze gegevens in een matrix en legden deze voor aan een leescommissie van EBMPracticeNet. In de adaptatiefase maakten we een eerste versie van onze nieuwe richtlijnen en gaven deze een gradering mee omtrent de kwaliteit van het bewijs en de graad van aanbeveling door middel van het GRADE systeem. In de implementatiefase tenslotte, toetsten we onze aanbevelingen af in onze seminariegroepen met behulp van een PowerPoint presentatie en maakten we een steekkaart, alsook folders voor de patiënt, zorgkundige en de verpleegkundige.

Resultaten: In de anamnese gaat men heel de relevante voorgeschiedenis na zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, neurologische aandoeningen,? Via het klinisch onderzoek gaat men tekenen van perifeer arterieel lijden na door het bepalen van een enkel-arm index, perifere pulsaties, capillaire refill, huidtemperatuur. De belangrijkste oorzaak van ulcera is echter veneus lijden. De hoeksteen van de behandeling van veneus lijden is compressietherapie, waarbij met het type kan laten afhangen van patiëntkenmerken, maar de aangeraden vorm bestaat uit meerlagige, korterek verbanden. Is het been voldoende ontzwollen, dan kan men overstappen op compressiekousen. Verder zijn ook hoogstand, beweging en kuitspieroefeningen belangrijk. Om een ideaal wondmilieu te cre?ren, moet men necrotisch weefsel en purulent exsudaat verwijderen. Ter preventie van infecties bij hoog risico wonden, kan men kiezen voor een topisch antisepticum, topische antibiotica zijn echter uit den boze. Bij een klinisch duidelijk ge?nfecteerd ulcus, zijn orale antibiotica aangewezen na afname van een kweek. Men kan dan bijvoorbeeld starten met amoxicilline-clavulaanzuur of flucloxacilline. Naar preventie toe zijn de twee belangrijkste

aanbevelingen huidverzorging en compressietherapie. Het geven van diuretica is slechts zinvol bij oedeem ten gevolge van hartfalen. Wanneer er geen evolutie in genezing is na twee ? drie maanden, of men twijfelt aan de oorzaak, dan kan men beter verwijzen.

Conclusie: Ter samenvatting kunnen we duidelijk stellen dat de hoeksteen van de behandeling compressietherapie is. Welk type beslist men dan weer verder in functie van zijn patiënt en de praktische haalbaarheid. Het is echter belangrijk dat deze zowel tijdens de behandeling, als ook ter preventie nadien wordt verder gezet. Bij deze preventie hoort ook nog de huidverzorging, een huid in betere conditie is immers minder geneigd om chronische wonden te ontwikkelen. Het is belangrijk te onthouden dat er geen plaats is voor topische antibiotica. Systemische antibiotica zoals amoxicilline-clavulaanzuur of flucloxacilline kunnen dan weer ingezet worden bij een klinisch duidelijk ge?nfecteerde wonde en na afname van een kweek. Indien een topisch antibacterieel middel wenselijk is, kan men topische antiseptica gebruiken zoals povidonjodium of chloorhexidine. Verder mag men niet vergeten oog te hebben voor de mogelijke co-morbiditeit. Indien deze nog niet in kaart gebracht is, kan men met een beperkt labo-onderzoek naar bloedbeeld, CRP, glycemie en nierfunctie reeds veel te weten komen over de te corrigeren co-morbiditeit. Indien men echter te maken krijgt met een erg pijnlijk ulcus, een atypisch verloop, een atypische presentatie, uitgebreide zwarte necrose of tekenen van perifeer vaatlijden (EAI<0,8), dan is het noodzakelijk de diagnose te herevalueren en indien er twijfel is over de oorzaak of indien men te maken heeft met een ulcus dat reeds twee ? drie maanden geen tekenen van genezing vertoont ondanks adequate behandeling, is verwijzing wenselijk.