

33. Open been (ulcus cruris)

dermatologie 10

DBC code	Omschrijving diagnose	Omschrijving behandeling	Geprognost.	
			aantal 2008	ZN zorgprofiel
10 11 22 11	ulcus cruris	poliklinisch	2279	poliklinisch
10 11 22 14	ulcus cruris	enkelvoudig poliklinisch conservatief	930	poliklinisch
10 11 22 31	ulcus cruris	verrichting poliklinisch	137	nee
10 11 22 71	ulcus cruris	compressietherapie poliklinisch	6071	compressietherapie
10 11 22 92	ulcus cruris	met dagopname(n)	103	nee
10 11 22 93	ulcus cruris	met klinische episode(n)	388	klinisch
10 21 22 11	ulcus cruris	poliklinisch	733	poliklinisch
10 21 22 14	ulcus cruris	enkelvoudig poliklinisch conservatief	490	nee
10 21 22 31	ulcus cruris	verrichting poliklinisch	21	nee
10 21 22 71	ulcus cruris	compressietherapie poliklinisch	249	compressietherapie
10 21 22 92	ulcus cruris	met dagopname(n)	12	nee
10 21 22 93	ulcus cruris	met klinische episode(n)	42	klinisch

Toelichting bij ZN-zorgprofiel(en)

Er zijn 3 ZN-zorgprofielen gemaakt: één poliklinisch profiel, één profiel voor compressietherapie, één klinisch profiel

Instructies voor registratie en declaratie.

Algemene regels

- Voor registratie en declaratie van de DBC gelden, naast de instructies van de wetenschappelijke vereniging, de algemene regels zoals deze zijn te vinden op pag. XIX.

Specifieke regels *ulcus cruris*

- Een reguliere zorg DBC wordt afgesloten in de volgende gevallen: nadat de diagnosestelling en eventuele behandeling is afgerond en de patiënt uit controle/behandeling ontslagen wordt.
- 71: compressietherapie poliklinisch (extra tijd 60 minuten) 1 x zwachtelen of een verbandje is nog geen compressietherapie. Het gaat om meerdere consulten waarbij iedere keer wordt gewachteld, zoals bij oedeem en ulcus cruris. Het zwachtelen wordt meestal door derden gedaan, maar er vinden frequente poliklinische controles plaats door de dermatoloog. Deze code wordt eenmalig geregistreerd en geldt voor het gehele behandeltraject.

Achtergrond

Een ulcus cruris of 'open been' is een zweer (een niet genezende wond) aan het onderbeen. Er zijn twee belangrijke vormen: 1. het ulcus cruris venosum t.g.v. chronisch veneuze insufficiëntie (m.n. spataderen en trombosebeen); en 2. het ulcus cruris arteriosum dat ontstaat t.g.v. arteriële insufficiëntie veelal o.b.v. van arteriosclerose en hypertensie; er zijn ook mengvormen. Zeldzamer zijn de ulcera t.g.v. vasculitis, infectie, maligniteit, en dergelijke. De veneuze problematiek wordt grotendeels door dermatologen en vaatchirurgen behandeld; de arteriële problemen zijn primair het werkterrein van vaatchirurgen.

Epidemiologie (prevalentie/incidentie)

Circa 1 à 2% van de Nederlandse bevolking heeft een open been (ong. 200.000 mensen). Dat zijn voornamelijk oudere mensen. Het komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

Oorzaken/risico's

In ruim driekwart van de gevallen is de oorzaak chronisch veneuze insufficiëntie, een tekortschietende afvoer van het bloed uit de benen door onvoldoende werking van de spieren in de benen, uitgezette aders en kapotte kleppen. Deze afwijkingen zijn meestal van blijvende aard. Als de kleppen eenmaal kapot zijn, kunnen ze niet meer worden hersteld. Ook een vroeger doorgemaakte verstopping van de aderen (trombose) binnenin de benen vormt een belangrijke oorzaak van het niet meer goed sluiten van de kleppen. Een trombose in het verleden hoeft overigens niet altijd opgemerkt te zijn omdat een trombosebeen ook zonder veel klachten kan verlopen. Ook de arteriële afwijkingen (vernauwing van een slagader) die leiden tot een open been zijn gewoonlijk van

blijvende aard. De prognose van een open been, ongeacht de oorzaak, is dan ook niet al te best. Een genezen open been zal gemakkelijk opnieuw stuk gaan als er weer vocht in het been komt. Ongeveer 50% van de behandelde ulcera geneest binnen vier maanden, circa 20% is na twee jaar nog niet genezen en circa 8% is na vijf jaar nog niet genezen. Een open been o.b.v. arteriële insufficiëntie heeft een slechtere prognose dan een veneus ulcus en eindigt nog al eens met een amputatie.

Verwijzing

Bij het ongecompliceerde ulcus cruris venosum is verwijzing naar de tweede lijn zelden nodig. Indicaties voor verwijzing zijn (zie NHG-Standaard):

- een ulcus, dat na twee maanden niet verbeterd is;
- ernstige varicositas;
- grote, diepe ulcera die mogelijk chirurgisch kunnen worden gesloten;
- verdenking op maligniteit.

Diagnostiek

Vaak volstaat klinisch onderzoek; bij dopplersonderzoek wordt met ultrageluidgolven het (terug)stromen van het veneuze bloed hoorbaar gemaakt; een duplexscanner combineert het dopplersonderzoek van de bloedstroom en echografisch onderzoek van de bloedvaten. Hiermee kunnen lekkende kleppen nog beter worden opgespoord en kan ook de uitgebreidheid van de klepinsufficiëntie in kaart worden gebracht; ook kan met deze techniek perifeer arterieel vaatlijden worden opgespoord.

Behandeling

Het belangrijkste doel van de behandeling van het open been o.b.v. chronisch veneuze insufficiëntie is de bloedafvoer vanuit het been naar het hart te bevorderen. Dit kan worden bereikt door het aanleggen van speciale drukverbanden (compressieverband). In de regel gebeurt dat poliklinisch en kan dat zowel via de huisarts als via de huidarts door een daartoe opgeleide assistent(e) worden toegepast. Soms wordt geprobeerd de wond te sluiten met een stukje huid afkomstig van een andere plaats (transplantatie). Als spataderen de belangrijkste oorzaak van de afvloedstoornis zijn, is het het meest zinvol deze operatief te behandelen. Dit leidt tot snellere genezing van het open been en kan nieuwe wonden voorkomen. Medicijnen zijn van ondergeschikte betekenis. Het sluitstuk van de behandeling van een veneus ulcus vormt het dagelijks dragen van een elastische kous. De kousen moeten daarom ongeveer elke 12-14 maanden worden vernieuwd.

Bij een arterieel ulcus kan men trachten met een catheter de vernauwing in de slagader op te heffen (dotteren), een stent te plaatsen of een omleidingsweg (by-pass) te maken.

Kwaliteitscriteria en -normen

- In het project 'Kwaliteit van zorg in de Etalage' (2006) zijn geen indicatoren vastgesteld:
- Uit de richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum zijn wel enkele andere kwaliteitsparameters af te leiden:
 - Bij iedere patient met een veneus ulcus cruris wordt de CEAP-classificatie gebruikt.
 - Bij iedere patient met een veneus ulcus cruris wordt een duplexonderzoek uitgevoerd, tenzij moeilijk uitvoerbaar (slecht mobiele patiënt of verpleeghuis).
 - Bij een ongecompliceerd veneus ulcus cruris is compressietherapie eerste keuze van behandeling.

Richtlijnen

- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum. Utrecht: 2005.
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde / Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Diagnostiek en Behandeling van Varices, 2007.
- Schweitzer BPM, Doorenbosch J, Glotzbach R, Barnhoorn K, Breure DP, Laan JR van der, Boukes FS. NHG-Standaard Ulcus cruris venosum. Eerste herziening. Huisarts Wet 2000; 43: 128-33.
- Ubbink DTh, Vermeulen H, Lubbers MJ. Lokale wondzorg: evidence-based behandelingen en verbandmaterialen. Ned Tijdschr Geneesk. 2006; 150; 1165-72.

Bronnen overig

- Tazelaar DJ. Behandeling van ulcus cruris venosum. Ned Tijdschr Geneeskd 2003; 147: 1576-80.
- Bremer J van den, Hedeman Joosten PPhA, Moll FL. Endoveneuze lasertherapie: een nieuwe behandeling van varices. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007; 151; 960-5.
- Gibbs S, Hoogenband HM van den, Boer EM de. Wondgenezing bij veneuze ulcera; het mechanisme, de aanpak en moderne ontwikkelingen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007; 151; 635-40.
- Kockaert MA, Roos K-P de, Neumann HAM. Echogeleide sclerocompressietherapie met schuim: een aanwinst bij de behandeling van varices. Ned Tijdschr Geneeskd. 2006; 150; 1758-63.

Zorgprofielen

Ulcus cruris poliklinisch			
10 11 22 11/14 10 21 22 11		Profiel volgens ZN	
CTG-code	Verrichting-omschrijving	% voorkomen	gemiddeld aantal
	polikliniek- en eerste hulpbezoek		
190011	eerste polikliniekbezoek	100%	1,0
411000	herhaalbezoeken	50%	1,0
	diagnostische activiteiten		
39739	duplex bloedvaten in extremiteiten	100%	1,0
	doppler (enkel/arm index)	50%	1,0
	pathologie		
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	3%	1,0
	microbiologie		
	kweken	20%	1,2
	klinische chemie en haematologie		
	laboratoriumonderzoek zeer beperkt		

Ulcus cruris compressietherapie			
10 11 22 71		Profiel volgens ZN	
CTG-code	Verrichting-omschrijving	% voorkomen	gemiddeld aantal
	polikliniek- en eerste hulpbezoek		
190011	eerste polikliniekbezoek	100%	1,0
411000	herhaalbezoeken	100%	5,0
	diagnostische activiteiten		
39739	duplex bloedvaten in extremiteiten	100%	1,0
	doppler (enkel/arm index)	50%	1,0
	pathologie		
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	3%	1,0
	overige therapeutische activiteiten		
39940	ambul. beh. ulcera cruris compr. th.	100%	1,0
	micobiologie		
	kweken	20%	1,2
	klinische chemie en haematologie		
	laboratoriumonderzoek zeer beperkt		

Ulcus cruris klinisch			
10 11 22 93		Profiel volgens ZN	
CTG-code	Verrichting-omschrijving	% voorkomen	gemiddeld aantal
	polikliniek- en eerste hulpbezoek		
190011	eerste polikliniekbezoek	100%	1,0
411000	herhaalbezoeken	100%	1,0
	kliniek		
190204	verpleegdag	100%	14,0
	diagnostische activiteiten		
39739	duplex bloedvaten in extremiteiten	100%	1,0
	doppler (enkel/arm index)	50%	1,0
38913	proefexcisie (stans/mes), evt. coagl.	5%	1,3
	pathologie		
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	3%	1,0
	operatieve verrichtingen		
39000	kleinere/weinig gecompl. transplantatie	6%	1,3
	overige therapeutische activiteiten		
39940	ambul. beh. ulcera cruris compr. th.	100%	1,0
	microbiologie		
	kweken	35%	1,2
	klinische chemie en haematologie		
	laboratoriumonderzoek zeer uitgebreid		