

# Patiëntenversie richtlijn diep veneuze ziekte

## Onderdeel van de overkoepelende richtlijn veneuze pathologie 2014

Versie 10-09-2014

### Initiatiefnemers:

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)  
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

### Financiering:

Deze patiënten richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun vanuit het SKMS-programma.

### Colofon

Richtlijn diep veneuze ziekte voor patiënten 2014<sup>©</sup>

© 2014, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Postbus 8552, 3503 RN Utrecht

Telefoon: 030-2823180

E-mail: [secretariaat@nvdv.nl](mailto:secretariaat@nvdv.nl)

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

Postbus 20061

3502 LB Utrecht

Email: [nvvh@nvvh.knmg.nl](mailto:nvvh@nvvh.knmg.nl)

De inhoud van deze patiëntenversie is gebaseerd op de multidisciplinaire evidence-based medische richtlijn veneuze pathologie 2014.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

Deze richtlijn is opgesteld door een daartoe geïnstalleerde multidisciplinaire werkgroep voorgezeten door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. De richtlijn is vervolgens vastgesteld in de algemene ledenvergadering. De richtlijn vertegenwoordigt de geldende professionele standaard ten tijde van de opstelling van de richtlijn.

## Introductie

De Richtlijn Diep veneuze ziekte is te vinden op de websites van alle beroepsverenigingen die aan deze richtlijn hebben meegewerkt. Dat zijn in de eerste plaats de verenigingen van huidartsen en (vaat)chirurgen: de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV). Verder zijn de volgende verenigingen betrokken bij de richtlijn: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), de Nederlands/Belgische Vereniging voor Non-invasieve Vaatdiagnostiek (VNIVD), de Verpleegkundig Specialisten Vaatchirurgie Nederland (VSVN) en het Dutch College of Phlebology (DCoP). Ook twee patiëntenverenigingen werkten eraan mee: Huidpatiënten Nederland en De Hart&Vaatgroep. Vertegenwoordigers van al deze verenigingen hebben de richtlijn opgesteld. Zij zijn ook samen verantwoordelijk voor het onderhoud, waarbij de initiatiefnemers, de NVDV en NVvH, de eerst verantwoordelijke zijn om de vinger aan de pols te houden.

De richtlijn is bedoeld om de gehele zorg van alle patiënten met diep veneuze ziekten zo goed mogelijk vorm te geven. Van (vroegtijdige) diagnostiek tot en met behandeling. De tekst dient als leidraad voor allen die betrokken zijn bij de zorg van deze patiënten, dat zijn de leden van alle verenigingen die aan de totstandkoming van deze richtlijn hebben meegewerkt.

Deze patiëntenversie is een van de richtlijn afgeleid product, dat ook onder verantwoordelijkheid van de werkgroep tot stand is gekomen.

## Werkwijze van richtlijnwerkgroep

Bij de start van de werkgroep kregen alle betrokken verenigingen de vraag: wat ervaart u in de dagelijkse praktijk als de belangrijkste knelpunten in de zorg? Hoe zou u die het liefst willen verbeteren? Vervolgens werden voor deze knelpunten de belangrijkste vragen aangewezen, waar gericht literatuuronderzoek naar werd gedaan. Deze vragen waren:

- Wanneer gaat het waarschijnlijk om diep veneuze ziekte en hoe kan de diagnose worden gesteld?
- Wanneer en hoe dient diep veneuze verstopping (obstructie) behandeld te worden (niet acuut, posttrombotisch syndroom)?
- Wanneer en hoe dienen diep veneuze problemen (insufficiëntie) behandeld te worden?

## Inleiding

Jaarlijks krijgen 1 tot 2 per 1000 Nederlanders een trombosebeen. Trombose wil zeggen dat een bloedvat (een ader of een slagader) door een bloedstolsel geheel of gedeeltelijk is afgesloten. Vaak komt dit door een foutje in de bloedstolling en/of stilstaand bloed door een vernauwing in het bloedvat. Dat heeft allerlei gevolgen voor de bloedsomloop in het been.

Bij een trombosebeen is er altijd een stolsel in een ader. Artsen noemen dit een diep veneuze trombose (DVT) van de benen. Ter behandeling kunt u geneesmiddelen krijgen die de stolling van het bloed tegengaan (antistolling), moet u goed in beweging blijven en krijgt u compressietherapie (zie patiëntenversie Richtlijn compressietherapie). Dit alles moet op tijd en goed gebeuren. Maar ook bij goede behandeling treedt bij een groot deel van de mensen (20-50%) met DVT blijvende schade op. De kans op blijvende schade is het grootst bij DVT in de lies of hoger met als gevolg een geheel gezwollen been (vooral een gezwollen bovenbeen). Ook meerdere malen DVT in hetzelfde been is ongunstig.

De blijvende schade wordt veroorzaakt doordat bloed niet goed kan terugstromen door de aangedane ader die niet goed hersteld is en/of door schade aan de kleppen in de aderen. In beide gevallen is de afvoer van het bloed in het been beperkt en loopt de bloeddruk in de aderen op. Dit laatste veroorzaakt het zogenoemde posttrombotisch syndroom (PTS). Hierdoor ontstaat slechtere doorbloeding in het been met huidverkleuringen, open wonden en pijn bij lopen.

De huidige therapie voor DVT en PTS schiet tekort. Nieuwe operatietechnieken bieden echter mogelijkheden voor patiënten met PTS ten gevolge van vernauwingen of afsluitingen in aderen van het been of het bekken (diep veneuze obstructie). We vatten deze hier kort samen.

### **Diagnostiek diep veneuze obstructie (DVO)**

Voor een goede toepassing van deze nieuwe behandelingen is een goede voorbereiding vereist. Mensen bij wie deze behandeling in aanmerking komt, moeten goed worden onderzocht. Bij mensen met snel terugkerende spataderen, een zich snel ontwikkelend open been en met pijnklachten bij het lopen moet de arts vaststellen of er een afsluiting of vernauwing hoog in het been of in het bekken aanwezig is. Dat doet hij of zij door de buikhuid te inspecteren op de aanwezigheid van verwijde aderen en 'foto's' van de vaten te maken.

Als de arts op grond hiervan concludeert dat operatie mogelijk zinvol is, zal hij of zij het gehele vaatsysteem van de benen in beeld brengen. Dit gebeurt met duplexonderzoek, MRI- of CT-scan van de bloedvaten.

### **Behandeling diep veneuze obstructie (DVO)**

Sinds enkele jaren is behandeling mogelijk van diep veneuze verstopping waarbij een groot bloedvat in het bekken bijna of helemaal dichtzit. Deze behandeling gebeurt door het plaatsen van stents. Een stent is een soort buisje van fijn gaas dat het bloedvat openhoudt nadat het met een ballon eerst opgerekt is. Het voorkomt dat het bloedvat nadat het met een ballon is opgerekt, weer terugveert. Het plaatsen van een stent is een veilige, veel toegepaste, therapie. Hiermee worden veel betere resultaten bereikt dan met alleen een ballon.

Een 'self expandable' stent is gemaakt van geheugenmetaal, dat altijd zijn vorm wil behouden en niet samengedrukt kan worden. Een stent van zulk materiaal moet een voldoende grote diameter hebben en het gehele traject dat dicht zit, overbruggen. Met deze behandelingen kan bij ongeveer 80% van de patiënten de doorbloeding van het been verbeterd worden, vooral als de afwijkingen in het bekken zitten. In het been hebben degelijke ingrepen nog niet veel zin.

### **Behandeling diep veneuze insufficiëntie (DVI)**

Naast de beschreven afvoerproblemen kan er ook schade ontstaan aan de kleppen in de aderen. Artsen spreken dan van een diep veneuze insufficiëntie. Mensen met zulke klepproblemen worden gewoonlijk alleen behandeld zonder te opereren. Maar ook hier zijn de mogelijkheden voor operatief ingrijpen sinds kort verbeterd. Een operatie is echter alleen te overwegen wanneer u ernstige klachten houdt, ondanks het gebruik van compressie en het strikt naleven van leefadviezen. Het moet dan gaan om ernstige klachten met een invaliderend karakter, zoals een open been. Als een patiënt ook een afvloedbelemmering heeft, dan moet die eerst behandeld worden. Als er geen ernstige klachten zijn, is het verstandig niet te opereren, ook al zijn er wel duidelijke afwijkingen gevonden bij onderzoek.