

Diepe veneuze ziekte

Prof. dr. C.H.A. Wittens

De richtlijn dateert uit 2014 en is onderdeel van de overkoepelende richtlijn Veneuze pathologie.

Inleiding

Jaarlijks ontwikkelen 1 tot 2 per 1.000 personen in de volwassen westerse populatie een diepe veneuze trombose (DVT) van de onderste extremiteit. Voor de behandeling in de acute fase wordt verwezen naar de richtlijn Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose uit 2009. Ondanks deze adequate behandeling treedt bij een substantieel deel van patiënten (20-50%) met een DVT restschade op. De kans daarop is het grootst na een recidief-DVT in hetzelfde been of na een iliofemorale DVT. Dit veroorzaakt een blijvende chronisch diepe veneuze obstructie en/of klepinsufficiëntie. Daardoor schiet de kuitspierpomp te kort en blijft er in de aderen van het been voortdurend een hoge veneuze druk bestaan. De gevolgen daarvan zijn oedeemvorming en stoornissen in de (micro)circulatie, die kunnen leiden tot het klinische beeld van het posttrombotisch syndroom (PTS).

Als gevolg van een chronisch veneuze obstructie worden veneuze collateralen ontwikkeld, die deels de functie van het getromboseerde traject overnemen (functioneel echter vaak onvoldoende). Deze collateralen zijn dan klinisch zichtbaar ter hoogte van bovenbeen, schaambe en onderbuik.

De huidige standaardtherapie voor PTS, compressietherapie, mobilisatie en eventueel orale antistolling, is bij veel patiënten

niet toereikend. Ook de compressietherapie die voor PTS wordt gegeven, is vaak suboptimaal. Recente interventionele ontwikkelingen bieden nieuwe therapeutische mogelijkheden bij chronische diepe veneuze obstructies. Die worden hieronder kort samengevat.

Diagnostiek

De nieuwe therapeutische mogelijkheden vereisen wel dat de patiënten goed worden voorgeselecteerd en dat er dus optimale diagnostiek wordt verricht. Bij patiënten met:

- snel recidiverende varices (varices die binnen 1 jaar na adequate behandeling terugkomen);
- C4,5,6;
- veneuze claudicatie

dient een centraal veneuze obstructie uitgesloten te worden door:

- de buikhuid te inspecteren op de aanwezigheid van gedilateerde venen;
- beeldvormend onderzoek.

Bij patiënten met klinische tekenen van persisterende veneuze hypertensie dient het veneuze systeem in het gehele been inclusief de afvoer naar het centraal veneuze systeem in beeld te worden gebracht (door middel van duplexonderzoek, MRV, CTV).

Behandeling

Diepe veneuze obstructie (chronisch)

Sinds enkele jaren is behandeling van diepe veneuze obstructie mogelijk door het plaatsen van stents. Stentplaatsing is een veilige therapie met lage mortaliteit en morbiditeit. Als een 'self expandable stent' wordt gebruikt, moet die

- een voldoende grote diameter,
- hoge flexibiliteit en hoge compressie weerstand hebben

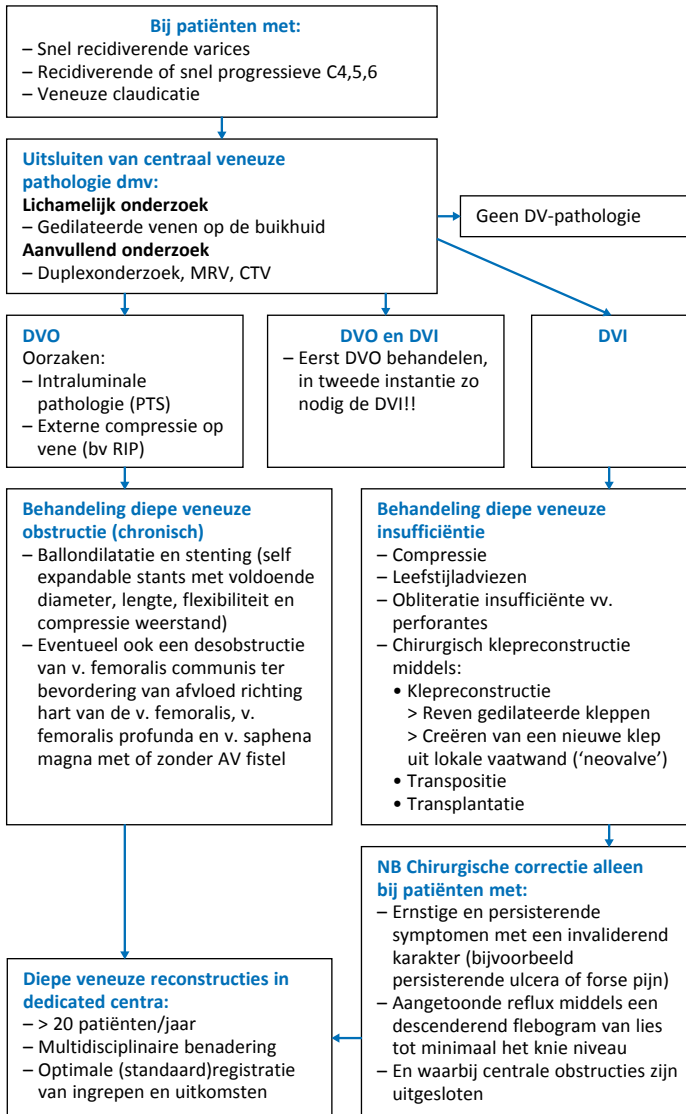
– en een lengte die het gehele pathologische traject overbrugt. Een desobstructie van de vena femoralis communis is noodzakelijk als deze ook ernstig vernauwd is ter bevordering van de afvloed richting het hart van de vena femoralis, vena femoralis profunda en vena saphena magna. Bypassoperaties ter verbetering van de afvloed zijn in zeer selecte gevallen te overwegen.

Diepe veneuze insufficiëntie

Patiënten met diepe veneuze insufficiëntie worden gewoonlijk alleen behandeld met conservatieve maatregelen, maar ook hier zijn de mogelijkheden van chirurgische interventies sinds kort verbeterd. Een chirurgische correctie is echter alleen geïndiceerd wanneer, ondanks het gebruik van adequate compressie en een strikte naleving van leefadviezen, ernstige klachten met een invaliderend karakter, zoals ulcera van de huid, persisteren. Nadat centrale obstructies zijn uitgesloten, dan wel behandeld en er persisterende aangetoonde axiale diepe veneuze reflux is tot onder de knie middels duplex en een descenderend flebogram bevestigd kan een klepreconstructie overwogen worden. De aanwezigheid van deze ernstige reflux zonder klinische symptomen is geen indicatie voor chirurgische interventie.

Setting behandeling diepe veneuze ziekte

Een expertisecentrum voor diepe veneuze afwijkingen zal aantoonbaar voldoende patiënten met complexe pathologie moeten zien, alle behandelopties kunnen aanbieden en in voldoende aantallen uitvoeren (>20/jaar). Om deze expertise te behouden zal men de uitkomsten van de geleverde zorg adequaat moeten documenteren en inzichtelijk maken.



Figuur 1. Stroomdiagramm diepe veneuze ziekte.