



*✦ Katinka Rutjens:  
docent, trainer en samensteller van  
educatieve programma's in de  
gezondheidszorg bij School of Skills*



# meer grip op **compressie- therapie**

# Het ‘*rode been* syndroom’

## Over anamnese en differentiaaldiagnose

Naast mijn baan als docent in de oedeem- en compressiewereld, houd ik me ook nog bezig als troubleshooter. Zorgprofessionals leggen me een hulpvraag voor die ik dan zo goed mogelijk, vanuit mijn kennis en kunde, probeer te beantwoorden. Ik probeer ze op het juiste spoor te helpen. Heel leuk om te doen, maar af en toe ook wel knap lastig. Lastig omdat ik vaak niet het volledige beeld en verhaal krijg aangereikt.

Zo kreeg ik een vraag over het type en de uitvoering van compressie bij een casus van een mevrouw met rode onderbenen (*zie foto*).



Het ene been was er erger aan toe dan het andere. Er was oedeem aanwezig rond beide enkels. Mevrouw had geen pijn en ook geen koorts. De rode kleur werd iedere dag een klein beetje feller en iets meer uitgesproken. In eerste instantie zijn deze casus en foto niet zo ‘schokkend’, maar ik was toch blij dat er aan de bel werd getrokken.

Ik neem jullie in dit artikel mee in het proces, bij de weg die de mevrouw, de casusaandragster en ik hebben bewandeld.

Met de beschrijving van de compressietherapeut kon ik niet zo veel, dus begon ik vol goede moed om de anamnese duidelijk te krijgen. Een goed advies, net zoals een goede interventie, begint met een uitgebreide anamnese en klinisch redeneren.

De volgende vragen stelde ik aan de casusaandragster:

- ▶ **Heeft er al een lichamelijk onderzoek plaatsgevonden en is er al een diagnose gesteld door de arts?**
- ▶ **Wat zijn haar klachten?**  
Pijn, vermoeidheid, zwaar of gespannen gevoel in de benen, jeuk?
- ▶ **Wanneer zijn de klachten begonnen?**  
Vorige maand, vorige week, gisteren, vandaag?
- ▶ **Kan worden aangegeven of de klachten veranderen gedurende de dag of nacht?**
- ▶ **Wat zijn haar persoonlijke omstandigheden?**  
Leeftijd, BMI, beroep, thuissituatie, cognitieve vaardigheden
- ▶ **Wat is haar activiteitenpatroon?**  
Zeer actief, actief, redelijk passief, passief?
- ▶ **Is er recent iets gewijzigd in de mobiliteit?**
- ▶ **Wat is het klinisch beeld in voeten en benen naast de roodheid?**  
Oedeem, verharde plekken, littekens, varices, verkleuringen, schimmelinfectie tussen tenen? »



## MEVROUW WIST NIET MEER WAT DE HUISARTS NOG MEER HAD VERTELD.

- » > **Heeft mevrouw een voorgeschiedenis van bijvoorbeeld:**  
DVT, tromboflebitis, erysipelas, huidontstekingen, eczeem?
- > **Gebruikte mevrouw medicijnen?**  
Zo ja, vanaf wanneer, welke en waarvoor?
- > **Wat zijn haar comorbiditeiten?**
- > **Heeft mevrouw PAV of atherosclerose?**
- > **Heeft mevrouw een voetstandafwijking?**

Het was duidelijk dat de casusaandragers niet zo goed voorbereid was op al mijn vragen. Vaak wordt er gedacht dat je met een foto en een korte omschrijving tot een goede interventie kunt komen, maar geloof me... dat kan ik niet.

Het bleek dat de patiënt nog niet bij een arts was geweest. Dat is dus stap 1. Ik had de casusaandragers geadviseerd om de patiënt de vragen te stellen die ik had voorgedragen, de relevante antwoorden op te schrijven, en het briefje mee te geven aan de patiënt als ze naar de huisarts gaat.

De patiënt is inmiddels bij de huisarts geweest. Ze was helaas vergeten het briefje mee te nemen. Ze vertelde de arts dat ze gestuurd was door de kousen aanmeter omdat ze een rood been heeft dat steeds wat roder wordt en omdat haar enkel zo dik is. De huisarts heeft naar haar been gekeken (het been dat het meest rood was) en haar een antibioticakuurtje meegegeven omdat hij dacht dat mevrouw erysipelas (wondroos) had. Ze kreeg feniticilline 500mg, 4 dd per os, voor 10 dagen. Daarna moest ze terugkomen.

Na 10 dagen waren het rode been en het oedeem er nog steeds en heeft de huisarts haar doorverwezen om elastische kousen te laten aanmeten. Mevrouw wist niet meer wat de huisarts nog meer had verteld. Jammer van de onnodige antibioticakuur en dat er niet verder is nagedacht over de oorzaak van het rode been en oedeem.

Enmaal bij de compressietherapeut vangt deze mevrouw weer bot. Door het aanwezige oedeem in voeten en onderbenen

kan er geen TEK worden aangemeten en wordt mevrouw weer teruggestuurd naar de huisarts met de mededeling dat er eerst gezwachteld moet worden. Dat vond de arts niet nodig. Hij schreef haar plastabletten voor.

Het oedeem werd niet minder. De roodheid werd meer uitgesproken met inmiddels ook klachten zoals jeuk, droge huid, vermoeide en onrustige benen; een inmiddels wanhopige patiënt stond na een maand weer op de stoep van de huisarts. En eindelijk, om aan de vraag van mevrouw tegemoet te komen, werd er gezwachteld.

Na 3 weken kon er een TEK worden aangemeten: een vlakbrei klasse 2 zonder teenstuk tot aan de knie. Deze kousen krijgt mevrouw zelf aan en uit. De roodheid is zeer verminderd en de klachten zijn weg. In totaal heeft het bijna 4 maanden geduurd.

Met deze casusomschrijving wil ik het belang van een gerichte vragenlijst benadrukken. Er zijn namelijk heel veel redenen te benoemen waarom iemand oedeem krijgt. Vaak wordt er dan gefocust op interne factoren die het disfunctioneren van de bloedvaten en lymfevaten veroorzaken.

Door ook aandacht te hebben voor de externe factoren zoals een voetstandafwijking (draag steunzolen en goede schoenen), het activiteitenpatroon (beweeg meer bij bv. een zittend beroep), overgewicht (probeer wat kilo's af te vallen en eet gezond) of bepaalde medicatie (stap over op een medicijn dat geen vocht vasthoudt), kan oedeem voorkomen worden en hoeven er geen TEK gedragen te worden. »



## IN HET BUITENLAND WORDT ER GESPROKEN OVER CELLULITIS WAARMEE OOK METEEN ERYSIPELAS BEDOELD WORDT.

» In het geval van deze casus bleek dat mevrouw was overgegaan van een actief naar een passief activiteitenpatroon na haar pensionering vorig jaar. Tot aan haar pensioen heeft ze gewerkt als huishoudelijke hulp in vele gezinnen. Nu geniet ze van haar hobby's: handwerken, lezen, en lekker koken, waar ze voorheen nooit zoveel tijd voor had.

Mevrouw is na haar pensionering 10 kg in gewicht aangekomen. Samen met het minder bewegen, waardoor ze haar kuitspier- en voet-zoolspierpomp minder gebruikt, is het oedeem ontstaan. De roodheid is een reactie van de huid op het aanwezige oedeem.

### Het 'rode been syndroom'

In Nederland worden erysipelas en cellulitis naast elkaar gebruikt en is erysipelas een specifieke vorm van cellulitis. In het buitenland wordt er gesproken over cellulitis waarmee ook meteen erysipelas bedoeld wordt.

Erysipelas en cellulitis uiten zich in tekenen van een diffuse ontsteking van de huid: calor, tumor, dolor, rubor en verhoogde infectieparameters.

**Erysipelas** bevindt zich in de bovenste huidlagen en betreft een infectie met streptokokken. Je ziet een scherp begrensd erytheem met systemische symptomen zoals koorts, koude rillingen, malaise en misselijkheid.

**Cellulitis** bevindt zich in het onderhuids vet- en bindweefsel en betreft een infectie met bacteriën. Dit kunnen streptokokken zijn, maar ook stafylokokken. Koorts en malaise horen hier ook bij. Bij cellulitis is het erytheem minder scherp

begrensd, vanwege de dieperliggende infectie.

Erysipelas en cellulitis worden beide met verschillende antibiotica behandeld.

Als het gaat over 'het rode been', dan zijn er verschillende differentiaaldiagnoses:

- » DVT
- » steriele ontsteking t.g.v. oedeem (hypodermis/acute lipodermatosclerose)
- » (hypostatisch) eczeem
- » contacteczeem
- » thromboflebitis
- » necrotiserende fasciitis (zgn. 'vleesetende bacterie')
- » geneesmiddelenreactie
- » vasculitis
- » (allergische) reactie op insectenbeten
- » bursitis
- » erythema migrans (Lyme I)
- » acrodermatitis chronica atrophicans (Lyme III)
- » herpes zoster
- » erythema nodosum
- » maligniteit (metastasis cutis/lymfangitis carcinomatosa)
- » warmte geïnduceerde roodheid ((zon)verbranding, kachels, open vuren, kruik)

In Engeland is het voorschrijven van antibiotica bij cellulitis een enorme kostenpost. Helaas heb ik de kostenpost voor de Nederlandse overheid niet kunnen vinden, maar ik verwacht niet zoveel verschil hierin.

Cellulitis en erysipelas zouden de Britse nationale gezondheidszorg (NHS) jaarlijks £254 miljoen kosten (€295 miljoen). Omgekeerd naar de Nederlandse populatie is dit €73 miljoen. Het is algemeen bekend dat cellulitis en erysipelas te vaak worden gediagnosticeerd en behandeld bij patiënten met roodheid van de onderste ledematen.

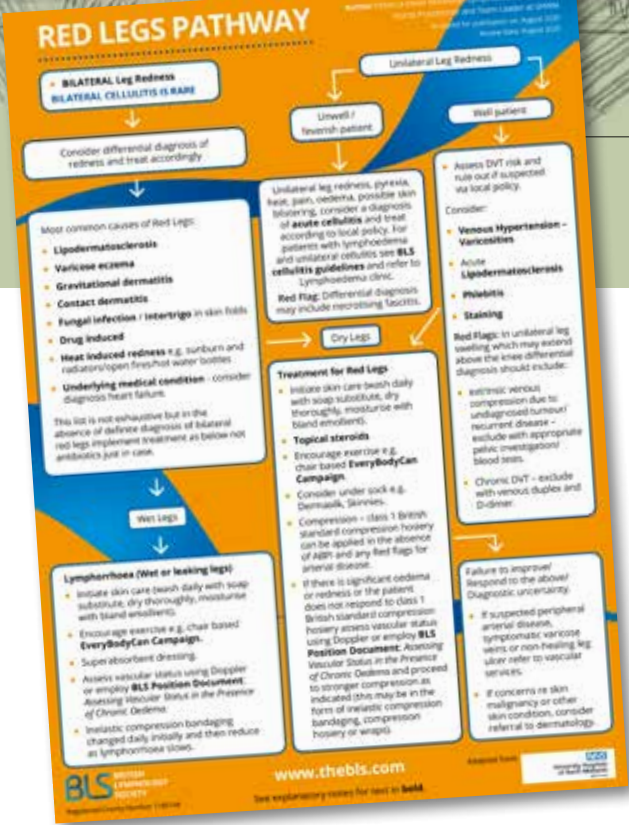
Levell et al (2011) toonden aan dat er bij ongeveer 40% van de »



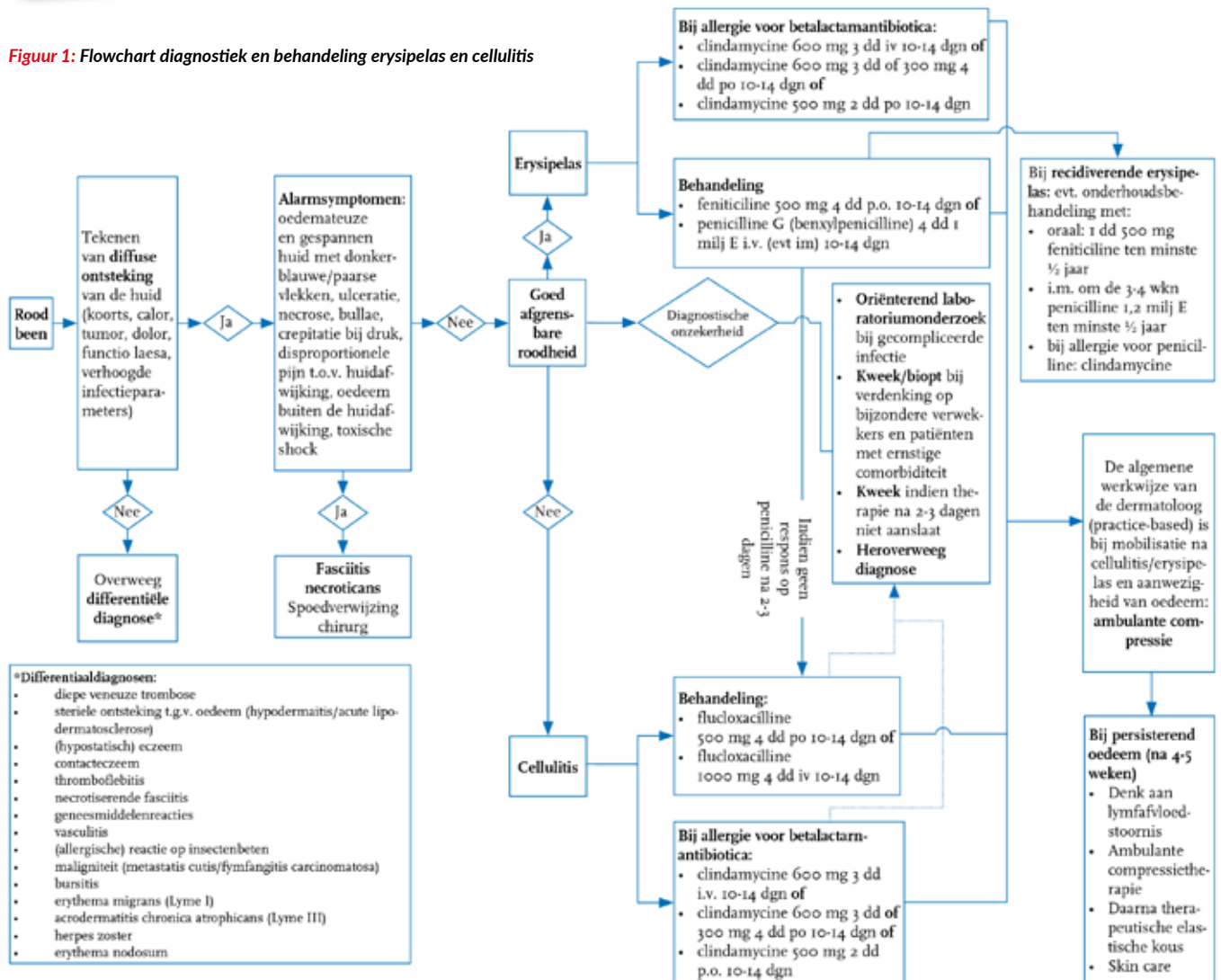
» patiënten met de diagnose cellulitis en erysipelas sprake was van een alternatieve diagnose.

Om betere diagnoses en differentiaaldiagnoses te kunnen stellen heeft de British Lymphology Society (BLS) een duidelijke flowchart gemaakt.

In de Nederlandse evidencebased richtlijn erysipelas en cellulitis is ook een flowchart (Figuur 1) te vinden, maar die is minder uitgebreid dan de Britse. ■



Figuur 1: Flowchart diagnostiek en behandeling erysipelas en cellulitis



Referenties

1. Zie NTVW nr. 5
2. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cellulitis-erysipelas\\_onderste\\_extremiteten/cellulitis\\_en\\_erysipelas\\_-\\_korte\\_beschrijving.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cellulitis-erysipelas_onderste_extremiteten/cellulitis_en_erysipelas_-_korte_beschrijving.html)
3. <https://www.venvn.nl/media/hjxjnuq/ndu-richtlijnen-2015-erysipelas-en-cellulitis.pdf>
4. <https://www.thebls.com/public/uploads/documents/document-84341639738140.pdf>