

## THE DIABETIC FOOT..... THE 8TH MALVERN CONFERENCE

M. van Putten\*

De diabetische voet blijft volop in de belangstelling staan. De snelle groei van het aantal diabetes patiënten is gekoppeld aan het eveneens groeien van het aantal lange termijn complicaties, zoals de diabetische voet. Dit in tegenstelling tot de doelstelling van de St. Vincent's verklaring in 1990, die voor het jaar 2000 een vermindering van het aantal amputaties bij diabetes patiënten voorzag van 50%. Inmiddels is wel duidelijk, dat dit niet gehaald kan worden en dat wetenschappelijk onderzoek, zowel naar de onderliggende oorzaken, als naar nieuwe behandelmethoden, een noodzaak is voor een ieder die dagelijks te maken heeft met de complicaties van diabetes mellitus.

De tweejaarlijkse conferentie in Malvern, nu georganiseerd voor de 8e keer, is een begrip geworden voor dokters, podotherapeuten, diabetes verpleegkundigen en wetenschappers van over de hele wereld. Dit kleine, typisch Engelse plaatsje herbergde van 10-12 mei j.l. 250 mensen uit 25 landen, daar bijeen gekomen om op de hoogte worden gesteld van de vorderingen op wetenschappelijk én klinisch gebied. Diabetische ulcera kwamen veelvuldig aan bod: zowel de preventie, als de behandeling zijn ter sprake gekomen. In dit verslag zijn de meest belangrijke uitspraken voor u samengevat door Margreet van Putten, arts en onderzoeker op het gebied van de diabetische voet (en oud-lid van de WCS-cie. Diabetische voet)

Dr. Bob Young (M.D.) was de eerste spreker op deze conferentie. Hij presenteerde de nieuwe richtlijnen voor screening en behandeling van de diabetische voet, zoals deze in Engeland gebruikt gaan worden. De ons opvallende gelijkenis met de Nederlandse richtlijnen bleek terecht, aangezien dr. Karel Bakker uit Heemstede (ook aanwezig in Malvern) de Engelse collega's uitgebreid had geïnformeerd over de Nederlandse versie. Overigens is het kennis nemen van de nieuwe richtlijnen, in Nederland opgesteld door het CBO en de NDF, een 'must' voor iedereen die zich op dit gebied, als professional, beweegt (ISBN 90-6910-217-X → schriftelijk te bestellen bij de NDF Postbus 1591, 3800 BN Amersfoort).

Een onderwerp, dat naar mijn idee ook in Nederland veel te weinig aandacht krijgt, werd gebracht in een dubbelpresentatie van Loretta Vileikyte (UK) en Richard Rubin (USA). Beiden zijn zeer geïnteresseerd in de psychologische aspecten van diabetes patiënten en hebben dit onderwerp nader bestudeerd. Helaas kwamen zij tot de conclusie, dat er zeer weinig wetenschappelijke studies (die voldoen aan de eisen van "evidence based medicine") zijn, die gaan over de attitude van diabetes patiënten. Terwijl wij allemaal

weten, dat een persoon die geconfronteerd wordt met het feit dat hij/zij diabetes heeft, in veel gevallen een attitudeverandering zou moeten ondergaan om goed om te gaan met deze chronische aandoening.

Gezamenlijk is daarom besloten om een transatlantische studie op te zetten naar de kenmerken van diabetes patiënten, als het gaat om gedrag, houding, attitude. Als eerste resultaat van deze studie werden een aantal kenmerken van het gedrag van diabetes patiënten gepresenteerd:

- ◆ "struisvogel"gedrag → dit ontkenende gedrag, bleek vaak gebaseerd te zijn op verkeerde aannames (er vallen "zomaar" gaten in mijn voeten en dan moeten ze eraf, of 'ik mankeer niets, want ik heb nog gevoel in mijn voeten: ze tintelen immers de hele dag'), maar vooral gebaseerd op angst
- ◆ "onwetendheid" gedrag → het ontbreken van goede voorlichting werkt verkeerd gedrag in de hand
- ◆ "angst"gedrag → onwetendheid, het gebrek aan goede voorlichting, maar vooral frustratie ('waarom ik?') is de basis van een angstig gedragspatroon. Vaak is men wel bereid om het eigen gedrag te veranderen, men weet alleen niet hoe.
- ◆ depressief gedrag → 40% van alle

diabetes patiënten blijkt depressieve kenmerken te hebben, die goed te behandelen zijn middels psychotherapie.

Met name Rubin liet het publiek pijnlijk duidelijk weten, dat diabetische voetenteams prachtig en nuttig van opzet zijn, maar dat er één specialist op elk lijstje ontbreekt: de psycholoog en/of sociaal werker.

Rubin benadrukte het belang van een effectieve communicatie met de patiënt, immers niet alleen de behandelaar is expert, de patiënt is dé expert: het gaat immers over hemzelf? De vraag is vooral hoe we de patiënt zover krijgen, dat hij/zij deze expertrol ook echt op zich neemt. Hiervoor dient de professional (of dit nu de dokter, de podotherapeut. Of de (diabetes)verpleegkundige is) een uitdagende en vooral stimulerende anamnese af te nemen. Het moet een uitdaging zijn uit te vinden hoe de patiënt staat t.o.v. zijn/haar eigen ziekte, wat hij/zij weet van de aandoening en eventueel dreigende complicaties, maar vooral ook hoe de patiënt zich gedraagt als "chronisch zieke". Door de aard van verpleegkundige contact, meestal is er een contact dat langer duurt dan enkele minuten, is de verpleegkundige meer aangewezen om een luisterend oor te hebben

voor de patiënt, dan de arts. Door te luisteren naar de angsten en gevoelens van de patiënt doet men al veel goed. Daarbij moet men zich realiseren, dan niet elk probleem om een oplossing vraagt: alleen al het tonen van medegevoel aan de patiënt, is vaak al voldoende. Niet elk probleem vraagt om een oplossing, dat vraagt de patiënt ook niet van u!. Dit kan soms ook niet, bv. als de patiënt zich afvraagt: "waarom overkomt mij dit nu?". Luisteren, empathie tonen en even de tijd nemen voor de patiënt is dan al voldoende.

Educatie, zowel van de patiënt als van alle professionals rond de behandeling van de diabetische voet, werd aangekaart door de Oostenrijkse interniste Görzer. Ondanks het feit, dat educatie en voorlichting in alle richtlijnen naar voren komen als essentieel onderdeel van de behandeling van de diabetische voet, komt er niet zo heel veel van terecht. Fragmentarisch doet men wel aan educatie, maar er is in de meeste ziekenhuizen geen sprake van gestructureerde programma's. is dit wel het geval, zoals deze spreker liet zien, dan is een reductie van ulcera te verwachten. De conclusie is dan ook, dat we weliswaar roepen dat educatie belangrijk is, maar dat we er niet goed op voorbereid zijn, om dit ook werkelijk waar te maken.

Na deze "invited speakers" was het de beurt aan een serie sprekers, die middels een zogenaamde "oral presentation" hun onderzoek, veelal pilot studies, mochten presenteren. In het kader van wondbehandeling waren er een aantal interessante presentaties:

➤ Diverse ulcus classificatiesystemen worden gehanteerd in verschillende landen en onderzoeksinstituten. De onderlinge vergelijkbaarheid werd enkele malen ter discussie gesteld. Uniformiteit in classificatiesystemen is nog ver te zoeken. Dat maakt het interpreteren van verschillende studies erg lastig. Veel meer aandacht zou moeten worden besteed aan het wereldwijd invoeren van één uniek classificatiesysteem. De

'International Consensus on the Diabetic Foot' zou daarin een belangrijke rol moeten gaan spelen. Er wordt hard gewerkt aan de implementatie van deze consensus.

- De Nederlandse richtlijnen geven ook een eigen ulcusclassificatie, die in de praktijk gemakkelijk hanteerbaar lijkt. Ook hiervoor geldt, dat vergelijken pas mogelijk wordt, als iedereen dezelfde classificatie gaat gebruiken. Geadviseerd wordt om, in tegenstelling van de 'oude' en veel gebruikte Wagnerclassificatie, deze nieuwe classificatie te gaan gebruiken (zie kader)
- Vakanties zijn vaak zeer riskant voor mensen met een hoog risico op ulceratie. Juist in vakanties lijkt men meer risico's te nemen, andere (zwaardere) belasting te ondergaan en minder aandacht te hebben voor waarschuwendesignalen, waardoor ulcera juist in deze periode ontstaan. Deze onderzoekers introduceerden het begrip "holiday foot" en suggereerden, dat diabetes patiënten met een voet 'at risk' hun podotherapeut. maar mee op vakantie moesten nemen.
- Vanuit Denemarken werd gemeld, dat de aircast walker, een afneembare 'kunstgipslaars', een goed alternatief is voor patiënten met een niet-geïnfecteerd neuropathisch ulcus, die anders in een total contact cast zouden moeten. In Denemarken is men nogal huisverig, in tegenstelling tot Nederland, voor het 'wegstoppen' van een wond in een gipslaars. Men wil ten allen tijden de wond kunnen inspecteren. De afneembare aircast walker geeft deze gelegenheid. Nadeel is wel, dat de patiënt-compliance (= draagt de patiënt deze laars wel de hele dag) achteruit gaat. Toch even 's nachts op de blote voeten naar het toilet is verleidelijk, hetgeen natuurlijk niet kan met een total contact cast die niet afneembaar is.

- Plastische chirurgie bij grote diabetische laesies kan een goed resultaat geven. De zogenaamde 'vrije flap reconstructies' bij wonden groter dan 4x6 cm, waarbij een huidtransplantatie vanuit de romp naar het wondgebied worden uitgevoerd, kunnen een prima genezing geven van de wond.
- Een arts uit India liet zien in hoeverre er overeenkomsten en verschillen zijn tussen lepra en diabetes patiënten met ulcera. Lepra is een zich langzaam ontwikkelende neuropathische aandoening, waarbij de neuropathie meestal ernstiger is dan bij diabetes patiënten. Dat bij diabetes patiënten toch sneller en ernstiger wonden ontstaan wordt door deze onderzoeker vooral toegeschreven aan het verschil tussen de normale bloedsuikers bij lepra en de veelal bestaande hyperglycaemie bij diabetes patiënten.

Het congres werd vervolgd met een overzicht van de stand van zaken rond de diabetische voetzorg over de hele wereld. Het gebrek aan goed opgeleide podotherapeuten was een steeds terugkomend item. De landen in Oost- Europa, maar ook grote landen als China, Japan en Brazilië kennen geen podotherapeuten, Veelal betekent dit, dat artsen en verpleegkundigen zo goed en zo kwaad als dat gaat, de scalpel ter hand nemen om eelt te verwijderen en adequaat wond debridement uit te voeren.

Alvorens over te gaan op een soort slotconclusie, werden eerst nog nieuwe ontwikkelingen op het gebied van wondbehandeling aangekaart. Het bestaan van verschillende groeifactoren en hun artificiële vervangers (bv. Regranex®) hebben wel degelijk een grond van bestaan en kunnen, mits de goede diagnose wordt gesteld, van waarde zijn voor wondgenezing. Dit geldt ook voor artificiële huidvervangers (Dermagraft® en Graftskin®). Nog nieuwer is de ontwikkeling van het plaatsen van een hyaluronzuur in slecht genezende wonden (Hyaff®), dat in Londen

succesvol toegepast wordt. Echter, al deze nieuwe wondbehandelingsmethoden zijn nog onvoldoende uitgetest op grote groepen patiënten.

Alles wat behandeld is op dit en recente vorige congressen leidde tot de slotpresentatie van Henri Connor, één van de organisatoren van deze conferentie en internist in Hereford (UK). In het kort kwam het erop neer, dat ondanks het vele werk van veel wetenschappers en de grote aandacht die de diabetische voet heeft op dit moment, dat er nog steeds veel werk op ons allen te wachten ligt. Kritische vraag is: hebben we nu ook wat bereikt met dat vele werk? Zijn we in de buurt aan het komen van de doelstellingen van de St.Vincent Declaratie van 1990 (o.a. het verminderen van het aantal amputaties met 50% in 2000)? Het antwoord is helaas 'NEEN'. Kijkend naar de gewenste reductie van het aantal amputaties in geografische populaties dan zijn er zowel in Nederland (Heemstede, dr.K.Bakker) als in Zweden studies, die deze vermindering inderdaad melden, maar daar tegenover staan rapporten uit Engeland, Schotland en België die juist een toename van het aantal amputaties melden. Natuurlijk moet daarbij in overweging genomen worden, dat diabetes momenteel epidemische vormen over de hele wereld aan het aannemen is, vooral in de ontwikkelingslanden is de stijging van het aantal diabetes patiënten schrikbarend hoog en dat het eind van de epidemie nog niet in zicht lijkt te zijn. Dit brengt meer diabetische voeten en meer amputaties met zich mee. Daarmee lijken de doelstellingen van de St.Vincent Declaratie verder weg dan ooit.

Een ander belangrijk aspect lijken de kosten, die gepaard gaan met de behandeling van de diabetische voet. De uitspraak "wealthy means healthy" slaat niet alleen op de economische aspecten in de diverse landen, maar ook op de individuele patiënt. Zo hebben lang niet alle diabetes patiënten, ook niet in de rijke Westerse landen, toegang tot voldoende preventieve voetzorg en (orthopedische) schoenen. Het lijkt

erop, dat men "rijk" moet zijn om alle nodige zorg te kunnen krijgen (= betalen). Hier ligt een politieke strijd, die ook door ons allen gevoerd moet gaan worden.

Het aantal amputaties bij diabetes patiënten is op dit moment, geteld over de gehele wereld, 55 per uur, dus bijna 1 per minuut!! Hieruit blijkt, dat onze preventieve programma's misschien in sommige klinieken wel werken, maar geografisch gezien, ook in de Westerse wereld, nog nauwelijks resultaten hebben. Een betere organisatie gericht op preventie van amputaties is dan ook absoluut noodzakelijk. Daarnaast dienen we op ons eigen werkniveau natuurlijk ook te zorgen voor een optimale zorg en preventie. Volgens Connor zijn de principes daarvoor wel bekend:

- neuropathische ulcera moeten drukvrij gelegd worden
- infecties moeten behandeld worden met de juiste antibiotica
- ischemische ulcera moeten gerevasculariseerd worden
- re-ulceratie kan worden voorkomen door educatie en het dragen van de juiste schoenen

Echter, we falen nog steeds met z'n allen om dit waar te maken. Zo is educatie meer dan kennisoverdracht. Verandering van attitude van de diabetes patiënt, bijvoorbeeld om hem/haar te stimuleren de voorgeschreven schoenen wél dagelijks te gaan dragen, is noodzakelijk. Daarnaast zijn de wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van (vroeg) diagnostiek en (wond)behandeling absoluut onontbeerlijk.

Connor sloot af met een commentaar dat op ieders rapport zou kunnen staan:

*'er is veel bereikt – het kan nog altijd beter – er is nog veel te doen'*

Deze laatste boodschap, evenals veel van wat op dit congres besproken is, is na te lezen in het tijdens dit congres verschenen 3e editie van het boek 'The Foot in Diabetes' geschreven door Andrew JM Boulton, Henry Connor en Peter R Cavanagh (ISBN 0-471-48974-3).

#### Ulcus classificatie vlg. nieuwe richtlijnen CBO/NDF:

- Oppervlakkig
- Diep
- Niet-geïnficeerd
- Geïnficeerd
- Basislijden:
  - Neuropathisch
  - Neuropathisch/ischemisch
  - Ischemisch
- Lokalisatie
- Oorzaak/luxerend moment

Bron: Richtlijnen Diabetische voet NDF/CBO sept.1998

\* Margreet van Putten, arts Fontys Hogescholen Eindhoven