

Gips als wondbehandeling bij diabetische voet: Rust, reinheid en regelmatig controleren

Auteur: R. van der Most

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1999

Pagina: 8-9

Jaargang: 12

Nummer: 2

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: diabetische voet gips wondbehandeling preventie

Literatuur:

Ron van der Most in gesprek met dr. J.G.J.M. van Iersel, Maarten Knikking en Han van Amersfoort. Patiënten met diabetes mellitus lopen een verhoogde kans op voetproblemen: wondjes ontstaan makkelijker en genezen moeilijker. Wordt er te weinig aandacht aan besteed, dan bestaat het gevaar van ontstekingen of erger. In het Slingeland Ziekenhuis Doetinchem (Gelderland) heeft men goede ervaringen met gipsbehandeling van de diabetische voet. Ik praat erover met vaatchirurg dr. J.G.J.M. van Iersel en met twee gipsverbandmeesters: Maarten Knikking en Han van Amersfoort.

Om bij het begin te beginnen: wat is de ontstaansgeschiedenis van de diabetische voet?

Dr. Van Iersel: "De diabetische patiënt krijgt vaak te maken met zogenaamde angiopathie en neuropathie: problemen met respectievelijk vaten en zenuwen. We denken dat de diabetische voet mede ontstaat door niet goed gereguleerde diabetes; de laatste jaren is ook veel aandacht voor de lipidenstofwisseling, die goed uitgebalanceerd moet zijn. Het gaat daarbij niet alleen om het totaal aan cholesterol, maar om de hele lipidenstofwisseling."

Waardoor ontstaan vergroeiingen?

Dr. Van Iersel: "Neuropathie is een geleidingsstoornis van de zenuwen waardoor onder andere de kleine voetspieren niet meer goed werken; een gevolg daarvan is de typische klauwvoet en door deze deformatie ontstaan drukpunten; plekken die de porte d'entrée kunnen worden voor bacteriën. Ten gevolge van de diabetes is er niet alleen achteruitgang van de motorische zenuwen, maar ook van de autonome zenuwen. Daardoor zie je ook dat typische verschijnsel van de 'warme ischemie'. De voet zou koud moeten zijn omdat er geen bloed naar toe stroomt, en toch is hij warm: doordat het autonome zenuwstelsel destrueert, is er optimale vaatverwijding, dus een warme huid. Tevens is er vaak de bekende sensibiliteitsstoornis."

Daarnet viel de term drukpunt. Dat is een plek waar een ulcus kan ontstaan. Die plekken zijn risicovol vanwege infectie en zelfs gangreen...

Dr. Van Iersel: "Een diabetische voet is vaak droog. De hoornlaag, die beschermt tegen invloed van buitenaf, droogt uit en er ontstaan ragaden. Het proces begint vaak met een

ontstoken ragade of bursa. Dikke littekenvorming moet je wegnemen om in ieder geval decompressie te krijgen van de locale wondontsteking; op de tweede plaats moet je zien te voorkomen dat die ragade alsmäär blijft ontstaan. Het begin is toch altijd het wekedelen effect en dat vreet door in de diepte. Wij proberen de patiënten te overtuigen om de voeten niet alsmäär te baden in allerlei sterke zeppen. Daardoor raken de voeten - die al zo droog zijn - nóg verder uitgedroogd en is het net klei waar de zon wekenlang op heeft staan bakken: vol met barsten."

Stel: je hebt een ulcus. De eerste stap, u zei het al, is de hoornlaag wegsnijden. Dan ontstaat een wond. Hoe gaat u daar mee om?

Dr. Van Iersel: "De wond moet gedeprimeerd worden. De omgeving van de wond i.e. de extremiteiten moeten ondersteund worden om met name rust te bewerkstelligen en oedeem te bestrijden. Daar staat of valt de behandeling bijna mee. Wij kunnen bijvoorbeeld kiezen tussen een custom-made viltshoer en gipsverband."

Han van Amersfoort: "Als blijkt dat gips de beste methode is om de voet te ontlasten, dan komen de patiënten bij ons. Het is een intensieve behandeling; we blijven controleren. Want met gipsen kun je enerzijds hele goede resultaten behalen maar anderzijds ook veel kwaad doen. Je moet erg oppassen voor verkeerde drukpunten, want door wrijving of druk kan opnieuw een ulcus ontstaan. Ook is het belangrijk om de patiënt goed te instrueren. We benadrukken: 'als er iets is, blijf er niet mee doorlopen'. Het vervelende is namelijk dat patiënten het meestal niet kunnen voelen als er iets mis is."

Hoe moet de patiënt dan constateren dat er iets niet in orde is?

Han van Amersfoort: "Door goed naar de voet te kijken."

Maar die zit in het gips!

Maarten Knikking: "Er steekt altijd een stuk uit. Als de voet dik - pasteus - wordt, is dat een alarmsignaal. En ik moet zeggen: je ziet nogal eens dat patiënten met een diabetische voet minder goed schoeisel dragen en zichzelf wat minder goed verzorgen. Ze zijn daar ook niet zo mee bezig, ze zien vaak de ernst van het letsel niet genoeg in. Wij zien regelmatig voorbeelden van mensen bij wie we prachtig gips maken; als je het dan een week later onder ogen krijgt, ziet het er niet uit. Laatst nog zagen we iemand die gras had gemaaid, er was gras onder het gips terechtgekomen, het was gaan rotten en het gips was helemaal doorweekt. Daar denkt zo iemand gewoon niet bij na! Terwijl wij altijd zeggen: wees er alert op, kijk naar die voet. We stellen ons laagdrempelig op om deze patiënten goed te begeleiden en het gips wordt ook regelmatig gewisseld. Want daarnet viel het woord oedeem. Inderdaad: oedeembestrijding betekent dat je enkele dagen of een week later nieuw gips moet aanleggen omdat het been geslonken is. En dan doe je weer inspectie."

Han van Amersfoort: "Als het even kan willen we de wond ook zo veel mogelijk rust geven. Iemand die ligt te slapen moet je ook niet acht keer op een nacht wakker maken. En zo vind ik: een wond moet je ook niet zoveel keer op een dag verschonen, iedere keer weer dat verband eraf trekken."

Dat is een bijna revolutionaire gedachte. Want iedereen in het ziekenhuis krijgt de instructie: een wond moet je een of twee keer per dag verschonen. Ik herinner me dat toen ConvaTec DuoDERM op de markt bracht en ze vertelden dat je dat kon laten zitten, heel wondminnend Nederland zich afvroeg of ze gek waren geworden.

Han van Amersfoort: "Ik spreek uit ervaring: je gipst een wond in die op de een of andere manier is gaan ontsteken. Later haal je het gips eraf en dan ziet het er niet uit en het ruikt heel onaangenaam - maar als je dat er afveegt zie je dat er een schone wond onder zit!"

Maarten Knikking: "Het vak brengt het ook met zich mee: als je iemand ingipst zie je hem niet iedere dag terug, want die patiënt heeft over een week pas een nieuwe afspraak. En een patiënt denkt altijd dat het zo hoort, dat het bijvoorbeeld wat gaat ruiken."

Wat zat - of zit - er dan op de wond?

Maarten Knikking: "In het verleden niets. Maar nu leggen we er een modern verband onder. Ik denk dat iedereen zich dat kan voorstellen: op een wond die bezig is dicht te groeien zitten zeer gevoelige huidcellen en dan moet je geen gaas gebruiken. Want door iedere keer die gazen er van af te trekken maak je het nieuwe weefsel weer kapot. Daarom kan ik me ook heel goed vinden in vochtige wondbehandeling: dat verband kun je een tijdje laten zitten terwijl je het er wel makkelijk kunt afhalen."

Wat doet u op de wond, voor deze in het gips gaat?

Han van Amersfoort: "Als de wond wat minder nat is, gebruiken we Aquacel; bij natte wonden gebruiken we meestal Kaltostat of KaltoCarb (sinds kort vervangen door CarboFlex. red). Dan moet je het wel om de twee à drie dagen terugzien. Het is ook afhankelijk van de hoeveelheid wondvocht en van de patiënt, hoe die ermee om kan gaan. Is er bijvoorbeeld iemand in huis die de wond kan verzorgen? Dan hoeft de patiënt niet zo vaak naar het ziekenhuis te komen."

Gips werkt eigenlijk als een drukverband: het bewerkstelligt dat de 'spierpomp' onder druk blijft staan. Vanuit welke achtergrond is het idee ontstaan?

Dr. Van Iersel: "Gipsbehandeling-als-wondbehandeling is eigenlijk al heel oud. In de oorlog waren er militairen met een gecompliceerde onderbeenfractuur; niemand wist wat te doen en dan zei men: gips het maar in. 'De behandeling van Timboektoe' heette dat. Wanneer ze na zes weken terugkwamen, was de wond genezen. Dus onder gips kan een wondbehandeling heel goed plaatsvinden."

Vaatchirurgisch is er ook heel wat te doen aan de diabetische voet, neem ik aan.

Dr. Van Iersel: "Tijdens mijn opleiding betekende een diabetische voet vaak 'einde oefening': de dermatoloog keek er nog naar en als dat niet meer lukte, dan moest de chirurg het been amputeren. Die houding is helemaal omgedraaid. Nu is er vaatchirurgisch veel meer mogelijk. En we zijn als vanzelf ook betrokken geraakt bij intensieve wondbehandeling, iets waar we tijdens onze opleiding niet veel mee te maken kregen. Want een opleiding duurt relatief kort en dit zijn zaken waar je pas na jaren gevoel voor gaat krijgen. Bij een diabetische voet doen we, net zoals elke andere patiënt met atherosclerotisch vaatlijden, eerst een non-invasief onderzoek: een duplexmeting en enkel/armindex met behulp van het dopplersignaal. Op grond daarvan wordt al of niet besloten om een angiografie te doen. Naar aanleiding van zo'n angiografie bekijken we vervolgens of we wellicht middels een vaat- of arteriële interventie wat aan de circulatie kunnen verbeteren."

Je zou het alleen al willen doen omdat je in een hoog percentage amputatie voorkomt.

Dr. Van Iersel: "Dat is inderdaad de reden waarom we zo uitermate zuinig zijn met een diabetische voet. Want als het verkeerd gaat en je moet tot een beenamputatie overgaan, blijft de kans dat ook de andere kant geamputeerd moet worden buitengewoon groot. Als je op een angiografie ziet dat er ergens een kleine stenose zit, kunt je vaak met een dotterprocedure (PTA) verbetering krijgen. Vaak krijg je maar 10-15 mm drukverhoging, maar dat is meestal nét wat je nodig hebt om de circulatie over het "dode" punt heen te helpen."

Het aantal behandel mogelijkheden is ten opzichte van vroeger veel uitgebreider geworden. Hoe is het met de 'mini-amputatie', gebeurt dat hier ook?

Dr. Van Iersel: "Jawel. In een aantal gevallen kun je beter een minor amputation doen dan een eindeloze procedure met revascularisatie met ook weer hun risico's... We werken hier overigens multidisciplinair en intensief met elkaar samen: revalidatiearts, podotherapie, enzovoort. Minor amputation is hier ook een geaccepteerde behandeling."

Kiest u in principe eerder voor een minor amputation dan voor een moeilijke vaatoperatie?

Dr. Van Iersel: "Dat is een gewetensvraag. Let wel: de patiënt vindt een teenamputatie héél ingrijpend. Dus we zullen er alles aan doen om schade te voorkomen. Soms denk je wel eens: moet je nu een uitgebreide vaat-reconstructie gaan doen om één teentje?"

Dan denk ik dat je beter dat teentje kunt amputeren, gewoon omdat je een vaatreconstructie beter kunt bewaren totdat een limbsalvage moet plaatsvinden. Ook een bypass zul je niet makkelijk doen. Want als je dan venen gebruikt, verbruik je ze voor de toekomst, wanneer je ze echt nodig hebt."

Terug naar de wondbehandeling: gipsmeesters zullen over het algemeen gipsen, maar u bent ook heel duidelijk met wondbehandeling bezig. En niet alleen met de diabetische voet, maar ook met veneuze ulcera en dergelijke. Vanwaar?

Maarten Knikking: "Veneuze ulcera zullen we vaak behandelen met zinklijm verband, een niet-rekkend verband. Het is secuur werk om dat goed aan te brengen en doe je dat ondeskundig, dan kun je echt grote problemen krijgen. Het is een heel ouderwets verband maar we bereiken er hele goede resultaten mee. Volgens ons berust de werking op de tailor-made drukverdeling, je wrijft het als het ware naar de contouren van het been. Na een dag gaat het een beetje indrogen. Maar het been krijgt tijdens het lopen wel tegendruk; volgens mij is dat het belangrijkste effect. Ook is de zinkzalf heel huidvriendelijk. Het is eigenlijk een soort geïmpregneerd verband, maar uiteindelijk droogt het in. Het is soepel op het moment van gebruiken."

Het klinkt hier allemaal erg proefondervindelijk: 'empirisch hebben we vastgesteld dat zinkzalfverband eigenlijk de beste oplossing is'. Of: 'we moeten de diabetische voet in het gips zetten'.

Han van Amersfoort: "Dat klopt. Wij hebben bijvoorbeeld iemand die al jaren in het zinkverband zit. Die patiënt had alle kousen gehad die er maar te krijgen waren en niets hielp, want als je er maar naar keek zag je het vocht er al doorheen komen. Ze heeft nu zinkverband en dat gaat prima. 'Ze is veroordeeld tot de gipskamer', zeggen we altijd."

Ik proef hier veel vakmanschap. Vroeger was het gaas, gaas en nog eens gaas; tegenwoordig zijn er moderne verbanden als alginaten en Aquacel. Het is heel merkwaardig: aan de ene kant bent u bijna conservatief bezig met wondbehandeling (want zinklijm is echt ouderwets); aan de andere kant hebt u de overstap gemaakt naar een ander concept van wondbehandeling. Hoe is die overstap verlopen?

Han van Amersfoort: "We hebben eigenlijk in één keer een hele grote stap gemaakt. Van droge en vette gazen gingen we over op de alginaten. Het is niet geleidelijk gegaan, je wordt in een keer met totaal ander materiaal geconfronteerd. Zo hebben we ook onmiddellijk de overstap gemaakt op Hyalogran en dergelijke producten, vanuit een andere visie op chronische wonden."

Maarten Knikking: "We worden er bekend mee gemaakt op symposia, we zien er in de praktijk goede resultaten van en zo werkt het vaak. Zo is het ook met gips, we zijn er door ervaring achter gekomen: gips werkt. We hebben inmiddels de nodige praktijkervaring met de nieuwe middelen opgedaan, we halen er hele goede resultaten mee en we vinden het leuk om vaktechnisch nieuwe dingen te doen. Er worden natuurlijk ook zaken aangeboden waarvan

wij zeggen: dat is het toch niet. En af en toe springen er middelen uit die goed zijn, Hyaff bijvoorbeeld: je ziet soms verbazingwekkende dingen. Wonden die al jaren 'stilstaan' beginnen ineens dicht te gaan. Dan denk ik: wat gebeurt hier!"

In het Slingeland Ziekenhuis is een enthousiast team gewetensvol bezig met de behandeling van de diabetische voet en het veneuze ulcus, met veel oog voor de praktijk. Het verrassende is dat behandelingen die misschien wel bij-gebrek-aan-beter werden geboren (zoals het ingipsen van oorlogsverwondingen) nu ondersteuning krijgen door moderne ideeën over wondbehandeling. Bijvoorbeeld dat een gunstig neveneffect van gips kan zijn dat de wond rust krijgt om te genezen. Voordeel van gips is ook nog dat de patiënt niet iedere dag de rit naar het ziekenhuis hoeft te maken, een argument dat telt in een ziekenhuis met een regiofunctie zoals hier in de Achterhoek. Boeiend, de manier waarop men in Doetinchem oude inzichten en nieuwe producten op een creatieve manier met elkaar combineert.

Ron van der Most