

Diabetische voet in gips: Het vergroot de mobiliteit, verlaagt de druk, vermindert het oedeem, verbetert de circulatie en beschermt tegen stoten.

Auteur: R. van der Most
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1997
Pagina: 7-8
Jaargang: 10
Nummer: 2
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: diabetische voet gips total contact cast wagner
Literatuur:

Diabetes is een van de meest voorkomende ziekten. De prevalentie bedraagt 6%. Gelukkig hebben diabetici tegenwoordig een aanzienlijk langere levensprognose en zullen zelden nog sterven aan een diabetisch coma of hypoglycaemie. Aan de andere kant worden zij vaker met allerlei complicaties van de ziekte geconfronteerd. Neuropathie en arteriële vaatafwijkingen manifesteren zich voornamelijk in de voet, waarbij niet zelden ulcera zullen ontstaan. Het zijn deze afwijkingen die -bijtijds gesignaleerd- op betrekkelijk eenvoudige wijze zijn te behandelen, maar die -onbehandeld- kunnen leiden tot langdurige ziekenhuisopnamen, tot amputaties en levenslange invaliditeit. Afgezien van de enorme kosten voor de gezondheidszorg en het arbeidsverzuim, gaat het vooral om persoonlijk leed. Leed dat wellicht voorkomen kan worden, wanneer de patiënt had geweten wat hem of haar boven het hoofd hing en waar hij of zij naar toe had kunnen gaan. Deze leemte wordt stelselmatig opgevuld door het opzetten van Diabetische Voetenpoliklinieken. Ook het Twenteborg Ziekenhuis in Almelo heeft sinds enige tijd zo'n Voetenpoli. Met ongelooflijk enthousiasme runnen vaatchirurg dr. J.G. van Baal en zijn team hun Voetenpoli, waarbij gipsverbandmeester H.A. Manning een unieke rol speelt. Hij gipst diabetische voeten met een oppervlakkig ulcus in, waardoor het genezingsproces niet alleen in alle rust kan plaats vinden, maar de patiënt ook is verzekerd van een optimale mobiliteit zonder zijn voet met puntdrukken te belasten. Over de Voetenpoli in Twenteborg praat ik in eerste instantie met dr. Van Baal en later met gipsverbandmeester Manning. Ron van der Most in gesprek met vaatchirurg dr. J.G. van Baal en gipsverbandmeester H.A. Manning.

Enthousiast team

“Sinds oktober 1995 beschikken wij hier in dit ziekenhuis over een Diabetische Voetenpolikliniek. Op zichzelf is dat misschien niet zo uniek, want er zijn meer Nederlandse

ziekenhuizen met zo'n Voetenpoli. Uniek is dat wij een gipsverbandmeester hebben, die door een bepaalde manier van gips aanleggen het drukulcus effectief weet te ontlasten. Hij is een van de weinigen in Nederland die dat kan en dat betekent dat andere gipsverbandmeesters hier komen om te kijken hoe hij dat doet. Daarnaast beschikken we over een jonge podotherapeut, Ed Wender

-tevens fysiotherapeut- die pas 'van school af is' en derhalve zeer enthousiast is. Van de kant van de Revalidatie Geneeskunde beschikken wij over een assistent-in-opleiding die net gepromoveerd is en zeer geïnteresseerd in de diabetische voet. Tenslotte maak ik als vaatchirurg ook deel uit van het team. Op verzoek kunnen andere specialisten, zoals de orthopedisch chirurg, internist, huidarts of plastisch chirurg op de Voetenpoli in consult worden geroepen.

Onze diabetesverpleegkundige geeft iedere maand voorlichting aan patiënten en heeft tot taak contacten te leggen met de Thuiszorg en begeleidt het proces in de thuissituatie.

Uitgaande van een protocol begint de Diabetische Voetenpoli in het Twenteborg Ziekenhuis steeds meer vorm te krijgen en worden de doelstellingen -onderzoek, preventie, behandeling en voorlichting- inmiddels ruimschoots gehaald."

Kaltostat

Door neuropathie kunnen drukulcera ontstaan die hoe dan ook behandeld moeten worden. Er is hier dus sprake van wondbehandeling. Wat zegt het protocol daarover?

"Afgezien van het feit dat in een aantal gevallen agressieve vaatchirurgie noodzakelijk is om de arteriële insufficiëntie op te heffen, zal de wondbehandeling vanuit verschillende disciplines moeten worden aangepakt. Het is duidelijk dat je de wond goed moet schoon maken (chirurgisch debridement) en goed moet verzorgen, maar daarnaast moet je ook zorgen dat de drukplekken zodanig worden ontlast dat het ulcus kan genezen. Zoals eerder gezegd doet onze gipsverbandmeester hierbij wonderen. Dan komt de vraag: Hoe behandel je een diabetische wond? Met een vochtig of een droog verband? Wanneer de wond droog is, ben ik voor droog verbinden. Waarom? Omdat je bij een vochtige behandeling de kans loopt -zeker als het ondeskundig gebeurt- de huid rondom het ulcus te macereren, met alle gevolgen van dien. Heb je te maken met een vochtige wond, dan moet je het exsudaat wel afvoeren en proberen de infectie weg te krijgen. In zo'n geval gebruik je het liefst een absorberend verband. Wij hebben inmiddels goede ervaringen met Kaltostat opgedaan. Wij hebben de indruk dat dit alineaat in de regel vrij snel voor een schone, infectievrije wond zorgt, die wij vervolgens weer droog kunnen behandelen."

Maar een wondbehandeling met Kaltostat staat in principe toch voor een vochtige wondbehandeling?

"Ja, het is ook een vochtige wondbehandeling, met dat verschil dat je niet streeft naar een vochtig wondmilieu, maar naar een voldoende mate van absorptie waarmee je het exsudaat kunt afvoeren waardoor de wond snel en effectief wordt gereinigd. Maar ondanks het feit dat er onder Kaltostat dan misschien een vochtig wondmilieu aanwezig is, hoeft je niet bang te zijn voor maceraties van de wondranden. Ook wat dat betreft zien wij met Kaltostat goede resultaten. Het is om deze redenen dat wij Kaltostat in ons protocol hebben opgenomen."

Diagnose:

1. Etiologie (onderscheid neuropathie en angiopathie)
2. Ernst van de huidlaesie

Diabetisch ulcus

Het ontstaan van een diabetisch ulcus kan verschillende oorzaken hebben. Wordt bij de wondbehandeling rekening gehouden met die verschillende oorzaken?

“Bij het merendeel van de diabetische voeten heb je te maken met neuropathie, waarbij sensibiliteitsafwijkingen en verstoring in het looppatroon worden gezien. Omdat de patiënt niet meer goed voelt hoe hij zijn voeten neerzet, worden wonden niet opgemerkt en kunnen zelfs fractures ontstaan. Bovendien verandert de statiek van de voet door aantasting van de kleine voetspieren, waardoor de tenen in klauwstand komen te staan. Er ontstaat een afwijking van het capillair vaatbed, waardoor voedende huidvaatjes insufficiënt worden. Door het ontbreken van het gevoel, het ontstaan van standsverandering van de voet en een veranderde microcirculatie, kunnen er drukplekken ontstaan die op hun beurt weer kunnen leiden tot defecten die makkelijk infecteren. Afhankelijk van het stadium waarin het defect verkeert worden maatregelen getroffen. Bij bijvoorbeeld een niet-geïnfecteerd ulcus dat productief is, zal een absorberend verband (in ons geval Kaltostat) worden toegepast en zal worden gekeken op welke wijze drukontlasting kan worden gerealiseerd. Blijkt de wond zich na twee weken niet te verbeteren, dan moet met een ischemische component rekening worden gehouden en onderzoek worden verricht naar een eventuele arteriële insufficiëntie. Bij 30% komt inderdaad een mengvorm voor van neuropathie en angiopathie. Wanneer je dat niet goed in de gaten hebt en daarop niet adequaat reageert, loop je het risico dat je met een ernstig vaatlijden te maken hebt: soms blijft dan alleen een beenamputatie mogelijk. In een aantal gevallen kun je de zaak met vasculaire occlusies letterlijk redden. Immers, wanneer je de bloedvoorziening in de voet weet te herstellen, dan is genezen slechts een kwestie van tijd. Heb je te maken met bijvoorbeeld een diep ulcus, dan zul je je ervan moeten vergewissen of er geen botdestructie is opgetreden. Wat de wondbehandeling betreft is agressief debridement een eerste vereiste. Wanneer je de wond goed openlegt en verder goed verzorgt, hoeven er niet per se antibiotica aan te pas te komen. Bij een infectie geef je wel antibiotica, op geleide van de kweek. Na debridement zal de wond over het algemeen in eerste instantie met een absorberend verband als Kaltostat dienen te worden behandeld. Daarnaast moet gezorgd worden voor drukontlasting en/of drukverplaatsing. Het is een gegeven dat 15% van alle diabeten een voetulcus ontwikkelt. Afhankelijk van de classificatie kan 90% van de ulcera met behulp van eenvoudige middelen worden genezen: een adequate wondbehandeling, drukontlasting, het voorkomen en corrigeren van callusformatie en aangepast schoeisel. Een minderheid komt voor vaatreconstructie in aanmerking, waarbij je dan moet denken aan een limbsaving operatie.”

Classificatie (volgens Wagner):

- Graad 0 Geen wond
- Graad 1 Een oppervlakkig ulcus, beperkt tot de dermis
- Graad 2 Diep ulcus zich uitbreidend tot bot, fascie, ligament of gewricht. Manifeste tekenen van osteitis danwel botdestructie. Er is geen sprake van puscollectie.
- Graad 3 Diep abces danwel manifeste botaantasting
- Graad 4 Gangreen van (gedeelte van) één of meer tenen.
- Graad 5 Uitbreiding van het gangreen over het grootste deel van voet

Risicoprofielen

Omdat de voeten van een diabetespatiënt zich in verschillende stadia

kunnen bevinden, zullen er ook verschillende behandelplannen voorhanden moeten zijn.

“Op grond van onze diagnostische bevindingen, stellen wij per patiënt een risicoprofiel op. Afhankelijk daarvan wordt er een behandelplan opgesteld en biedt het een richtlijn voor de frequentie van het bezoek aan de Voetenpoli. Het komt er op neer dat mensen met een ulcus in ieder geval 1 keer per maand worden gezien en dat mensen die verschijnselen van neuropathie hebben tenminste 1 keer in het half jaar worden gezien. Daartussen zit de groep van mensen met zowel neuropathie als angiopathie danwel deformiteiten; zij dienen eens in de 3 maanden te verschijnen. Diabeten die nog geen sensibele neuropathie vertonen, hebben weliswaar een risicoklasse 0, maar moeten toch 1 keer per jaar voor controle komen. Voor hen geldt dat voorkomen nog mogelijk is, vooral wanneer zij weten waar ze op moeten letten en wat de complicaties van de diabetische voet eventueel kunnen zijn. Trouwens, iedereen (in welk stadium hij of zij ook verkeert) krijgt voorlichting van onze diabetesverpleegkundige. Het gaat er daarbij om dat diabeten zich bewust worden dat hun voeten, wanneer zij daarmee niet adequaat omgaan, een voortdurend risico lopen. Bij die voorlichting gebruiken wij de voorlichtingsfilm ‘Op goede voet’. Daarnaast is er foldermateriaal en hebben wij vanuit onze Voetenpoli speciaal een boekje gemaakt waarin tips en adviezen voor mensen met diabetes zijn opgenomen. Wat wij beogen is dat alle diabeten zo snel mogelijk een ‘self care’ attitude aanleren, waardoor zij hun voeten in de meest letterlijke zin leren sparen.”

Gips

In het begin heeft u gezegd dat de gipsverbandmeester door op een bepaalde manier te gipsen een effectieve drukontlasting kan

bewerkstelligen. Ik zou daarover iets meer willen weten.

“Het is een unieke situatie die we hier hebben. Mensen met neuropathie die een oppervlakkig ulcus hebben ontwikkeld, worden bij ons in het gips gezet. Maar om je nu een goede indruk te geven, stel ik voor dat we onze gipsverbandmeester Manning er even bij halen....”

H.A. Manning: “Het grote probleem bij de behandeling van een ulcus onder de diabetische voet is het feit dat mensen denken dat zij niet meer kunnen of mogen lopen. Wanneer mensen zich niet of nauwelijks bewegen, wordt de circulatie in het been nog meer geremd, waardoor de wondgenezing alleen maar nog meer vertraagt. Wij hebben toen naar een methode gezocht, waarbij niet alleen de mobiliteit van de patiënt wordt gewaarborgd, maar ook de drukpunten optimaal worden ontlast. Die methode hebben wij in een bepaalde manier van gipsen gevonden. Uiteraard moet de wond eerst schoon (debridement) en droog zijn, voordat het gips erom gaat. Door de voet te gipsen worden logischerwijs zowel de verticale druk als de puntdruk verminderd. Bovendien krijgt de voetboog meer steun en worden schuifkrachten zoveel mogelijk vermeden. Belangrijk is echter dat het ontstaan van oedeem wordt tegengaan, waardoor de circulatie zich kan verbeteren. Dat wordt ook nog eens bevorderd door het feit dat de patiënt dankzij het (loop)gips een stuk mobieler is. En mobiliteit betekent, minder afhankelijkheid. Trouwens, de manier waarop de patiënt loopt tijdens het genezingsproces is ook belangrijk: het hele gebied van teen tot hiel wordt gebruikt bij de ingegipste voet. Omdat mensen geen gevoel meer in hun voet hebben, zijn ze bang dat zij zich ongemerkt zullen stoten met alle gevolgen van dien. Nu zij gips hebben, hoeven zij daar niet benauwd

voor te zijn. Gips kan tegen een stootje. Ook dat maakt dat zij zich veel makkelijker zullen gaan bewegen. Tenslotte voorkomt deze methode opname in het ziekenhuis danwel verplichte bedrust, terwijl het genezingsproces bovendien nog eens sneller gaat ook.”

Het enthousiasme is niet te stuiten. Dat is wat je zowel bij dr Van Baal als gipsverbandmeester Manning bespeurt. Een groot en aanstekelijk enthousiasme, waarmee zij het groeiend probleem van de diabetische voet het hoofd willen bieden. Zij beseffen heel goed dat zij er nog lang niet zijn.

Dr. Van Baal: “Berekend is dat in Nederland in het jaar 2005 het aantal patiënten met diabetes type II met 80% zal zijn toegenomen. Dat betekent dat het aantal diabetici met voetproblemen ook zal toenemen. Om die redenen zullen er steeds meer voetenpoli's komen en zullen het aantal polikliniekuren zich alleen maar (moeten) uitbreiden. Het is immers gebleken dat de geïntegreerde zorg van diabeten met voetproblemen het aantal beenamputaties met helft kan worden teruggebracht. Registratie van alle diabetici in de regio is daarom noodzakelijk. Wij zijn zelfs van plan om tot een diabetisch voetenteam voor het hele ziekenhuis te komen, zodat elke diabetespatiënt wordt geregistreerd en een voetonderzoek krijgt. Alleen wanneer wij daarin slagen, kunnen diabetici voorlichting en preventieve maatregelen worden aangeboden, waardoor zij ‘op goede voet’ met hun voeten kunnen blijven.”

Moge deze visie en dit enthousiasme overslaan naar andere ziekenhuizen, zodat op vele plaatsen diabetici met voetproblemen een voet aan de grond kunnen krijgen.

Wanneer wij nu niet beginnen met een grootscheeps offensief tegen de ‘diabetische voet’, zullen wij in de nabije toekomst er (nog) een zorgprobleem bij hebben en heel wat diabeten geen voet meer om op te staan.

Ron van der Most