



Mevr. M. De Win,
Dr. P. Wilikens

*Levin M.E.
Pathogenesis and
Management of Diabetic
Foot lesions. *The diabetic
Foot*. Fifth Edition.

Levin M.E., O'Neal L.W.,
Bowker J.H. Mosby
Year Book, p. 17-60.

Diabetische voet: classificatie, aandachtspunten en verzorging

Om een geschikte behandeling voor te stellen en een prognose te bepalen voor diabetische voetletsels, is een duidelijke classificatie noodzakelijk die zowel rekening houdt met de etiologie van de ulceratie als met de risicofactoren.

De primaire etiologie en risicofactoren omvatten perifere neuro- en vasculopathie, voetmisvorming, en oorzaak van de verwonding. De behandeling bestaat uit patienteneducatie, schoeiselaanpassing, neurologische evaluatie, vasculaire evaluatie en behandeling, en wondzorgen¹.

De voorgestelde classificatie gebruikt zes ulcusgraden gaande van 0 tot 5 gebaseerd op het classificatiesysteem van Wagner².

De gradaties zijn gebaseerd op de ernst van de ischemie.

Graad 0 letsel:

geen huidletsels, gestoord protectief gevoel of voetmisvorming.

Behandeling: patienteneducatie en schoeiselaanpassing.

Prognose: goed tot zeer goed.

Graad 1 letsel: onderverdeeld in graad 1A:

oppervlakkige ulceratie, zonder cellulitis of infectie. Protectief gevoel kan afwezig zijn al dan niet gepaard met voetmisvorming.

Behandeling: - patienteneducatie
- controle en aanpassing schoeisel
- debrideren wonde (+ eelt verwijderen) kweek van de wonde lokale wondzorgen (chloraminebad 1x daags, goed drogen, droog verband, eventueel met Isobetadine dermicum).

Prognose: goed.

graad 1 B:

idem als 1 A maar aanwezigheid van een ischemische component.

Behandeling: - idem graad 1 A
- vasculair nazicht: Doppler, arteriogram. Zo nodig arteriële revascularisatie.

Prognose: goed tot matig.

Graad 2 letsels: onderverdeeld in graad 2 A:

diepe ulceraties tot op pezen, bot, ligamenten en gewrichtskapsel met lichte cellulitis.

Protectief gevoel afwezig.

Meestal voetulceraties in de anteceden-ten.

Behandeling: - zie graad 1 letsels

- opname in ziekenhuis. RX, bot- en lymfocytenscan (osteomyelitis?). Chirurgisch debrideren van al het necrotisch weefsel, zo nodig met botresektie. Wonde primair sluiten of open laten.
- Lokale wondzorgen: chloraminebad 2x/d, Isobetadine dermicum verband, Intra Site Gel Z0, wonde zuiver.
- Antibiotica: flucloxaciline of clindamycine.
- Strikte bedrust.

Prognose: goed tot matig.

graad 2 B:

idem 2 A maar aanwezigheid van belangrijk vasculair lijden.

Behandeling: - idem graad 2 A
- vasculair nazicht en zo nodig behandeling.

Prognose: matig.

Graad 3 letsels: onderverdeeld in graad 3 A:

diepe ulceraties met abces en/of osteomyelitis.

Belangrijke cellulitis en systemische weerslag (koorts, ...).

Geen protectief gevoel.

Antecedenten van voetulcera.

Voetmisvormingen zijn de regel.

Behandeling: - idem graad 2 letsel.
- Opname ziekenhuis noodzakelijk. Antibiotica (flucloxacilline of clindamycine) **I.V.**

Prognose: matig.

Graad 3 B:

idem graad 3 A met belangrijk vasculair lijden.

Behandeling: idem graad 3 A met vasculair nazicht en behandeling.

Prognose: matig tot slecht.

Graad 4 letsels:

gangreen van één of meerdere tenen of voorvoet, al dan niet gepaard met significante cellulitis en systemische weerslag. Meestal vertonen deze patiënten diepe ulceraties met botexpositie. Geen protectief gevoel aanwezig. Belangrijk perifeer vasculair lijden.

Behandeling: begint steeds bij de vasculair chirurg. De leefbaarheid van de weke weefsels is bepalend voor het succes van de revascularisatie. Vaak amputa-

tie van het deel van de voet, gepaard met diep debridement. Rest idem graad 3 letsels.

Prognose: matig tot slecht.

Graad 5 letsels:

gangreen hele voet.

Behandeling: vasculaire consultatie is primordiaal. Arteriële reconstructie versus onderbeen- of beenamputatie.

Prognose: slecht

1) Harkless L.B. Diabetic ulceration: classification and management. *The diabetic foot*, p. 78-82. *Excerpta Medica* 1991. Editors: K. Bakker and A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman.

2) Wagner F.W. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot Ankle* 1981. 2:64-67.

Notities: