



Margreet de Heus-van Putten.

Arts, Hoofd Opleiding
Podotherapie Hogeschool
Eindhoven.

Lid diabetes werkgroep
WCS

Verslag 5th Malvern Diabetic Foot Conference

Vooraf

Van 11 t/m 13 mei j.l. werd de vijfde Conferentie over de diabetische voet gehouden in Malvern, Groot-Brittannië. Een conferentie met een hoog inhoudelijk niveau, georganiseerd in een typisch Engelse omgeving: heuvelachtig, idyllisch en "very cosy". De "Malvern Conference" is inmiddels een begrip in de wereld van de diabetische voet en ondanks de capaciteit van 250 deelnemers heeft men toch zo'n 100 personen niet kunnen plaatsen! Dit verslag is een korte weergave van de meest interessante lezingen en presentaties van dit congres. Een uitgebreide samenvatting van alle lezingen en presentaties wordt op dit moment voorbereid en zal, op aanvraag (zie het eind van dit artikel) verkrijgbaar zijn op het secretariaat van de Opleiding Podotherapie te Eindhoven vanaf 15 juni a.s. Nederland was op dit congres vertegenwoordigd door 2 podotherapeuten en 2 artsen, van wie dr. K. Bakker een lezing hield over de voetenpolikliniek van het Spaarneziekenhuis te Heemstede.

De eerste dag is gestart met een review over diabetische neuropathie, gevolgd door een lezing van de vaatchirurg Richard Downing uit Worcester (GB) over "Peripheral Vascular Disease". Zijn "statement" aan het begin van zijn lezing luidde als volgt:
"Iedere gek kan een been amputeren; het vergt echter een goed chirurg om een been van amputatie te redden". Hij gaf in heldere cijfers aan, dat een diabetes-patiënt met claudicatio een 3x tot 5x zo grote kans op overlijden aan een hartinfarct heeft, in vergelijking met een diabetes-patiënt zonder claudicatio, gerekend over 5 jaar. Dit geeft aan, dat een diabetes-patiënt met angiopathie veel meer problemen heeft, dan een alleen voet-probleem als gevolg van deze angiopathie.

Wanneer is er sprake van kritische beenischaemie?

Definitie: er is rustpijn gedurende tenminste twee weken aanwezig en er is een ulcus aanwezig op de voet of aan de tenen, terwijl er bij onderzoek een systolische bloeddruk aan de enkel is van <50 mmHg en/of de teendrukken zijn <30 mmHg.

Deze patiënten zijn absoluut "at risk", ook voor een toekomstig hartlijden!

Het onderzoek van de vaten van de onderste extremiteit wordt bemoeilijkt door de zgn. Mönckebergsclerose, een mediasclerose van de kleine arteriën, die als gevolg daarvan onsamendrukbaar

worden en zo bij drukmetingen een vals-hoge waarde aangeven. Andere meetmethoden zijn:

- * Drukmetingen voor, tijdens en na inspanning op een treadmill, die zeer nuttige informatie blijken te geven.
- * Doppler-echo metingen, die niet alleen informatie geven over de snelheid van de bloedstroom, maar ook over de toestand van de vaatwand. Hierdoor worden gegevens beter interpreteerbaar.
- * Arteriografie is en blijft **de** Gouden Standaard.

De discussie na afloop van deze lezing was interessant, omdat onder meer de volgende vraag aan de orde kwam: "Het aantal vaatkundige ingrepen, arterioplastieken en bypasses heeft het aantal amputaties bij diabetes patiënten fors doen dalen. Is dit echter geen uitstel van executie, omdat na 3-5 jaar na deze ingrepen de amputaties weer fors blijken te stijgen?"

Het antwoord, dat er geen exacte cijfers bekend zijn, maar dat dit wellicht inderdaad het geval is, was niet acceptabel voor m.n. de diabetologen in de zaal. Zij stelden, dat er ook gekeken moest worden naar wat de patiënt werd aangedaan met alle ingrepen: veel ziekenhuisopnames en operaties, pijn, hoge kosten, die nauwelijks blijken op te wegen tegen het verkregen voordeel, nl. een langer leven, op een aangename wijze. De vraag t.a.v. de "Quality of life" kwam hier nadrukkelijk aan de orde. Dit is iets wat chirurgten nog weleens plachten te vergeten.

Deze lezing werd gevolgd door die van **Michael Flynn**, diabetoloog te Bristol, die een heldere uiteenzetting hield over de microcirculatie van de diabetische voet. Hij kwam, voor velen, tot de schokkende conclusie, dat de microcirculatie **geen** rol van betekenis speelt bij het ontstaan van een neuropathisch ulcus. Integendeel, hij toonde aan, dat de microcirculatie juist toe- i.p.v. afneemt: de zichtbare a-v-shunting, gezwollen venentekening op de voetrug, gaat altijd gepaard met een toename van de microcirculatie! Wel gaf hij aan, dat door gebrek aan respons op traumata of stress middels reactieve hyperaemie, onder invloed van de autonome neuropathie, er een verminderde genezingstendens is van een ulcus. Zijn slotconclusie is er één om te onthouden:

Er is geen bewijs voor microvasculaire occlusie bij diabetes patiënten.

Tot slot van de eerste middagsessie hield dr. **John Ward**, diabetoloog te Manchester een gloedvol betoog over de St. Vincentdeclaratie. Deze, internationaal geaccepteerde verklaring t.a.v. de diabetische voet, zegt, dat wij allen er naar moeten streven, dat het aantal amputaties met 50% gaat dalen. In een humoristisch betoog heeft de spreker duidelijk gemaakt, dat wij, specialisten c.q. behandelaars van de diabetische voet, verantwoordelijk zijn voor het behoud van de diabetische voet. **Nooit** mag deze verantwoordelijkheid verschoven worden naar de patiënt zelf?! Tevens zette hij ook zijn vraagtekens bij medische (lees: operatieve) hoogstandjes, die ten koste dreigen te gaan van de "Quality of life" van de diabetes patiënt. Soms is amputatie een uitkomst, niet alleen voor de patiënt, maar ook gezien vanuit het kostenaspect.

De volgende dag was een aanslag op ons uithoudingsvermogen: van 9.00 uur tot 19.00 uur, alleen onderbroken door twee korte koffiepauzes en een lunchpauze, werden de volgende interessante zaken aan ons gepresenteerd:

Dr. Matthew Young, diabetoloog-onderzoeker te Glasgow, hield een lezing over de vraag: "Who is at risk of foot problems".

Zijn statement was:

"De St. Vincent-declaratie vraagt om een 50% daling van het aantal amputaties, maar het is beter amputaties te voorkomen!"

Hij maakte onderscheid tussen het absolute risico van diabetes patiënten,

zijnde dat 50% van alle NIDDM*/patiënten overlijdt aan een hartlijden en het relatieve risico, dat voor een groot deel beheersbaar blijkt te zijn, als er maar vroeg genoeg gescreend wordt.

Hij gaf een opsomming van de patiënten "at risk":

1. Patiënten, die reeds een ulcus hebben gehad, ook als dit goed genezen is.
2. Patiënten met een vastgestelde neuropathie.
De meetmethoden ten aanzien van neuropathie werden bediscussieerd en m.n. werd vastgesteld, dat de screening m.b.v. de Semmes-Weinstein monofilamenten een uitstekende meetmethode is.
3. Patiënten met een slechte circulatie. Ook hier werd stigestaan bij de meetmethoden, waarbij het meest betrouwbaar werden geacht (genoteerd in volgorde van betrouwbaarheid):
 - a. Transcutane zuurstofmetingen aan de tenen
 - b. Systolische teendrukken (< 30 mm Hg is at risk)
 - c. Enkel-armindex (< 0.9 is at risk)
 - d. Palpatie van de pulsaties van de a. dorsalis pedis en a. tibialis dorsalis (hiervoor is ervaring nodig)

4. De aanwezigheid van plantair eelt, m.n. als er ook sprake is van een vastgestelde neuropathie. Voor de diagnostiek is men zeker niet afhankelijk van allerlei gespecialiseerde (dure) computergestuurde apparatuur: de klinische inspectie is meestal duidelijk!

Let wel: een eeltplek, met daarin zichtbaar bloed is bij 50% van alle patiënten een pre-ulcus. Dit eelt moet **altijd** verwijderd worden op een deskundige wijze. Hiermee is de podotherapie primair gerechtvaardigd als het gaat om de behandeling van de diabetische voet.

De aanvang van de screening op voetcomplicaties moet zowel bij IDDM**./ als NIDDM patiënten beginnen op het moment van het vaststellen van de diagnose. Zeker bij de NIDDM's, die vaak al neuropathische afwijkingen hebben is dit van belang. Bij IDDM patiënten zal er vòòr de puberteit weinig afwijkingen gevonden worden, maar wil je alle patiënten "at risk" opsporen, dan zal ook deze groep direct vanaf de diagnose regelmatig gescreend moeten worden.

*NIDDM: Non Insuline Dependent Diabetic Mellitus

**IDDM Insuline Dependent Diabetic Mellitus

Het middagprogramma van de tweede dag was geheel gewijd aan de zgn. "oral communications", korte presentaties van 10-15 minuten, direct gevolgd door een korte discussie met de toehoorders in de zaal. In het uitgebreide verslag zijn alle samenvattingen integraal opgenomen, op deze plaats is alleen ruimte voor een samenvatting van de meest interessante lezingen:

* **Linda Carrington**, diabetes verpleegkundige te Manchester heeft middels een vragenlijst onderzocht hoe diabetes patiënten met en zonder ulcus hun leven ervaren: de vraag naar "Quality of life"!

De uitslag was helder: de quality of life bij patiënten met een ulcus wordt inferieur geacht t.o.v. die van patiënten zonder ulcus. Tevens vertoonde de ulcusgroep een negatievere attitude t.a.v. de verzorging van hun voeten dan de niet-ulcus groep, hetgeen op zich weer kan leiden tot recidief ulcera.

* **Mrs. R. Fiskens**, diabetes verpleegkundige te Northallerton hield een presentatie over de vraag: "Bij welke wond hoort welk wondverband?". Primair ligt er het feit, dat er geen gedegen, vergelijkend wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van wondverbanden bij diabetische ulcera. Tevens is er absoluut **geen** consensus, als het gaat om dit onderwerp. Iedereen gebruikt datgene waar hij/zij mee vertrouwd is en goede resultaten mee boekt. Middels een enquête is getracht duidelijkheid te verkrijgen, maar ook de meest populaire wondverbanden: hydrocolloïden en non-adherent gazen, werden slechts door 30% van alle ondervraagden gebruikt. De conclusie was dan ook, dat het gebruik van wondverbanden afhankelijk is van persoonlijke voorkeur, eenvoudigheid in gebruik en het kostenaspect.

De discussie met de zaal, m.n. met de aanwezige podotherapeuten richtte zich op het feit, dat de wondverzorging van een diabetisch ulcus zich primair moet richten op:

- verwijderen van callus
- drukvrij leggen van de wond
- infectie bestrijden
- zorgen voor voldoende doorbloeding.

Secundair is het wondverband: als aan bovenstaande voorwaarden is voldaan, dan zal elk ulcus helen, ongeacht het gebruikte wondverband!

* De laatste "oral communication", door **Ann Logan**, diabetes verpleegkundige te Blackburn, richtte zich op de vraag of het ontstaan van een gangreneuze teen een "marker" is voor een aanstaand myocard infarct. Dit fenomeen werd retrospectief (1988-1993) bestudeerd bij 43 patiënten met een gangreneuze teen of tenen, van wie er 28 rokers waren. Gedurende deze periode stierven er 18 patiënten (allen rokers!); 15 aan een myocard infarct, 2 aan obstructief hartfalen en 1 aan een beroerte.

Dit toont aan hoe dramatisch de relatie diabetes en roken kan zijn. Tevens wordt op basis van deze gegevens geadviseerd om **alle** patiënten, die een gangreneuze teen hebben tevens te screenen op coronaire aandoeningen, te adviseren onmiddellijk met roken te stoppen en te behandelen met Aspirine.

De laatste dag van het congres startte met een overzicht van **Gregory Caputo**, internist/microbioloog te Philadelphia over de behandeling met antibiotica bij diabetische ulcera. Belangrijk is het te weten, dat slechts 35% van alle patiënten met een geïnfecteerd diabetisch ulcus een temperatuurstijging heeft van boven de 37.8 °C. Koorts is een slechte indicator als het gaat om voetinfecties bij diabetespatiënten. Tevens gaf hij aan meer te vertrouwen op het klinisch beeld van het ulcus, met alle ontstekingsverschijnselen, dan op de uitslag van kweken. Het is nl. erg moeilijk een goede wondkweek uit te voeren bij een diabetisch voetulcus. Als beste methode gaf hij aan een diepe curettage uit te voeren en dat materiaal op te sturen voor een kweek.

Als redenen waarom een behandeling faalt noemde hij:

- resistente micro-organismen
- inadequaat debridement (niet te voorzichtig zijn!) en/of drainage
- onderliggende osteomyelitis
- voortdurende druk op de wond (onvoldoende drukvrij gelegd)
- inadequate bloedtoevoer

Verrassend was de lezing van **Heather Murray**, over de invloed van sokken op drukverdeling onder de voet. M.b.v. de optische pedobaropograaf heeft zij diabetes patiënten met een verhoogde plantaire druk getest met speciale sokken met een schokdemping onder de voorvoet en de hiel (Thor-Lo socks), met (goede) tennissokken en golfsokken. Hierbij

bleek, dat bij 32% van de patiënten de speciale sokken een vermindering van de piekdrukken te zien gaf, hetzelfde was ook zichtbaar bij tennissokken (21%) en golfsokken (16%). Aangezien de speciale sokken erg duur en moeilijk verkrijgbaar zijn, adviseert zij haar patiënten goede tennissokken te dragen!

Eén waarschuwing is op zijn plaats: let op dat de schoenen van de patiënt niet gaan knellen door het dragen van dikere sokken.

De conferentie werd besloten met een lezing van **Linda Marks**, revalidatiearts te Stanmore, die toonde hoe een goede amputatiestomp tot goede revalidatie kon leiden en hoe een slechte stomp voor veel problemen zorgt.

Conclusies

Na twee maal een halve dag en één hele dag luisteren, opnemen, aantekeningen maken en discussiëren kom je tot de conclusie, dat de volgende belangrijke feiten en opmerkingen de revue zijn gepasseerd:

- er is geen bewijs voor microvasculaire occlusie bij diabetes patiënten;
- de "Quality of life" van de diabetes patiënt is van groot belang als het gaat om het plannen van ingrepen of om amputatie;
- door het screenen van een diabetische voet is het mogelijk een voet "at risk" te detecteren. Adequate behandeling en advisering dient daarop te volgen;
- wondverbanden zijn, naar mening van de meeste aanwezigen op het congres, van secundair belang bij de behandeling van een ulcus, belangrijker zijn het verwijderen van eelt en het drukvrij leggen;
- als het gaat om de keuze van wondverbanden: ligt de beperking in onze kennis of in de mogelijkheden van wondverbandmiddelen?;
- een gangreneuze teen is uiterst suspect voor het ontstaan van hartlijden, zeker als dit gepaard gaat met roken.

Samenvattend: een zéér interessante conferentie, die over twee jaar opnieuw plaats zal vinden. Tevens wijs ik u erop, dat van 10-12 mei 1995 het tweede internationale symposium over The Diabetic Foot te Noordwijkerhout zal plaatsvinden. Tijdens deze conferentie zal zeker ook aandacht besteed worden aan de behandeling van diabetische ulcera. Wilt u in het bezit komen van het volledige verslag van de conferentie The Diabetic Foot te Malvern, dan dient u f 10.- over te maken op banknr. 47.52.03.429 inzake SR Podotherapie te Helmond (gironr.bank ABN/AMRO 1065135). Zodra het verslag klaar is,



wordt het aan u toegezonden. Het verslag zal vanaf 15 juni a.s. tevens verkrijgbaar zijn bij het secretariaat van de Opleiding Podotherapie. (Th. Fliednerstraat 2, 5600 AH Eindhoven, tel. 040-605848).