

INTERVIEW DR. J.R. MEKKES, DERMATOLOOG AMC

M. Loots*

Dr. J.R. Mekkes is werkzaam als dermatoloog op het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en heeft interesse voor de wondgenezing. Hij is voorzitter van de Wound Healing Research Group, een samenwerkingsverband tussen het AMC en het Brandwondencentrum te Beverwijk en de Nederlandse Brandwonden Stichting. Deze groep besteedt veel aandacht aan het ontwikkelen van een kunst huid op basis van gekweekte huidcellen om zo brandwonden en de toekomst ook chronische wonden (ulcus cruris, diabetisch ulcus) snel te herstellen. Tevens wordt er aandacht geschonken aan het schoonmaken van chronische wonden wat een absolute noodzaak is voor verdere genezing. Binnenkort promoveert hij op het onderwerp enzymatische wondreinigers.

Patiënten met diabetes kampen met een traag en moeizaam verlopende wondgenezing. Hoe dat precies komt moet nog opgehelderd worden aldus dr. Mekkes. Wij zien hier op de afdeling (opgenomen patiënten) tussen de 10 en 20 patiënten met diabetisch ulcera per jaar.

Waaruit bestaat de behandeling van het diabetisch ulcus in het AMC?

Deze bestaat uit drukontlastende maatregelen en lokale wondbehandeling. Lokale wondbehandeling wordt onder andere gedaan met de ouderwetse fysiologisch zout gaasjes en ook wel betadine gazen en hydrocolloid verbanden. Systemische antibiotica worden gegeven op geleide van het klinisch beeld en wondkweek.

Wordt er op deze afdeling ook gebruik gemaakt van het WCS classificatie-model?

Ja, de indeling van wonden in zwart, geel en rood wordt zeker gebruikt. De meeste diabetische wonden zijn bij opname geel, geel-necrotisch en inert met slecht uitgroeiend weefsel. Een enkele keer zien we ook zwart-gele necrose. We zien hier eigenlijk verschillende typen wonden bij diabeten. We hebben de klassiek diabetische ulcera op drukpunten onder de voet en op drukpunten van schoeisel. Dit zijn meestal, in het WCS classificatie systeem, geel-necrotische wonden die weinig neiging tot genezing vertonen. Verder zwart-necrotische wonden, niet alleen op de voet, maar overall aan het onderbeen. In dit geval is er meestal sprake van diabetische microangiopathie. Verder zien we ook veneuze ulcera waarbij diabetes een rol speelt en ulcera die arterieel zijn, dus op basis van afsluiting van de grote vaten een bekende complicatie bij diabetes mellitus. Wat ook nog vaak

voorkomt is het decubitus ulcus op de hiel bij een patiënt met suikerziekte. Hierbij speelt de neuropathie ook een belangrijke rol. Dit is het spectrum van ulcera die we bij diabeten zien, het meeste zien we ulcera op basis van diabetisch microangiopathie en vervolgens de diabetische ulcera.

Wat is uw betrokkenheid bij de diabetisch voet?

Voornamelijk de adviezen met betrekking tot de wondbehandeling zelf. Binnen de dermatologie bestaat meestal een goed overzicht van alle lokale wondbehandelingsprodukten die op de markt zijn. Dat zijn er heel veel in Nederland, enkele honderden. En omdat we ze vaak gebruiken en er veel ervaring mee hebben zijn we goed in staat om daarin te adviseren.

Wat is uw zienswijze rondom de discussie met betrekking tot de nat/droog behandeling?

Ik geloof in vochtige wondbehandeling, dus nat, een gel bijvoorbeeld. Het is al heel lang bekend dat wonden sneller genezen als je ze vochtig behandelt. Dit is al sinds publikaties uit 1972 duidelijk. Bij diabetische ulcera zijn er nog altijd specialisten die aarzelen voor een vochtige wondbehandeling omdat ze bang zijn dat er bij deze behandeling makkelijker infecties ontstaan zoals bijvoorbeeld met anaeroben. Er bestaat een terughoudendheid om hydrocolloiden toe te passen zeker bij ondermijnde defecten. Hydrocolloiden kunnen wel worden toegepast voor diabetische ulcera, maar als er een diep ondermijnd defect bestaat is het inderdaad gevaarlijk. Je moet dit alleen doen als je de patiënt frequent kunt controleren.

Wat is volgens u de beste natte wondbehandeling voor het diabetisch ulcus?

Waarschijnlijk is dat het gebruiken van een gel preparaat waarvan er verscheidene op de markt zijn. Het is verstandig om de gel zo aan te brengen dat het wondvocht toch nog door de gel weg kan. Bijvoorbeeld om de gel dan weer af te dekken met een hydrofiel gaasje. Andere mogelijkheden zijn in fysiologisch zout gedrenkte gazen, uitgeknepen gazen. Het nadeel hiervan is dat deze frequent moeten worden verwisseld, minimaal 2 tot 3 maal per dag wat in een poliklinische setting niet mogelijk is. Occlusieve verbanden kunnen ook, zoals poly-urethaan folies en hydrocolloiden maar daarbij moet je altijd oppassen dat het exudaat zich niet teveel ophoopt. Bij ondermijnde wonden bestaat het gevaar dat het exudaat de weefsels ingaat.

Wat is volgens u de plaats van het chirurgisch debridement bij het diabetisch ulcus?

Debridement is de allerbelangrijkste en de allereerste stap. Men moet daar ook niet terughoudend mee zijn en direct in het begin de necrotiserende randen van de ulcera uitsnijden. De blaardaken moeten worden verwijderd (deroofing). De klassieke drukulcera beginnen als een blaar en dat gaat daarna over in een defect met een hieroverliggende hyperkeratotische rand en meestal zijn deze wonden ondermijnd. Het is van belang om deze wonden snel en ruim chirurgisch te excideren. Al het verhoorde materiaal moet worden verwijderd. Het verdient aanbeveling om ook het epitheel dat begint in te groeien aan de wondrand circulair te excideren, het zogenaamde 'anfrischen' van de wondbodem.



Een diabetisch ulcus.

Dat lijkt wat rigoreus in het begin maar het is toch de beste methode om snelle wondgenezing te kunnen bereiken.

De Sint Vincents verklaring gaat uit van een 50% daling van het aantal amputaties. Hoe is dit te bereiken vanuit uw professie?

Ik denk dat er in Nederland al zo veel bereikt is, ook op het gebied van de multidisciplinaire samenwerking, dat verder reductie van het aantal amputaties moeilijk zal zijn.

Wat is volgens u makkelijk of moeilijk te begeleiden of te behandelen?

Het moeilijkste is nog steeds het pakket maatregelen dat moet worden genomen om de wonden onder voeten verder drukvrij te leggen. Dus het revalidatie-gedeelte en de orthopedisch schoen. Dat kost allemaal zeer veel tijd en moeite. Dat is het belangrijkste en moeilijkste gedeelte van de behandeling. Makkelijk is bijna niets. Diabetisch ulcera zijn zeer inert en moeilijk te genezen. Als alle compromitterende factoren zijn geëlimineerd, dus als er geen arteriële pathologie meer is en drukontlasting, lukt het meestal wel redelijk met goede wondverzorging. Maar over het algemeen is alles moeilijk. Het grote probleem met die diabetische ulcera is dat ze zo inert zijn. Er is nauwelijks potentie tot genezing. Hiervoor is vaak een extra prikkel nodig om de wond te laten veranderen van inert naar groeiend, proliferend, genezend weefsel. Het 'anfrischen' van de wondranden en de necrotomiën zijn daar een voorbeeld van. Tegenwoordig wordt ook veel geëxperimenteerd met groeifactoren waaronder

PDGF, aangebracht in een gel dus vochtige wondbehandeling. Dit lijkt een veelbelovende therapie te zijn. Het AMC participeert momenteel ook in klinisch trials met PDGF en de verwachting is dat volgend jaar de eerste resultaten van Europese studies bekend zijn. PDGF is overigens onlangs in Amerika geregistreerd voor gebruik bij diabetische ulcera.

Wat is precies PDGF?

PDGF is platelet-derived growth factor. Het is een groeifactor die wordt losgelaten door bloedplaatjes en het is daarom een vroege groeifactor die vrijkomt in de normale wondgenezing kort na het ontstaan van de wond. En juist die vroege groeifactoren, waaronder pdgf, die kunnen een inerte wond aanzetten tot groei. Het is vreemd dat ondanks het feit dat het bekend is diabetische ulcera inert zijn en traag genezen dat niemand nog heeft opgehelderd wat het mechanisme is. Wij proberen dit in ons onderzoekprogramma te doen en wij zijn onder andere aan het zoeken naar de juiste concentraties en combinaties groeifactoren om de fibroblasten in de wonden aan te zetten tot vermeerdering en tot tussenstofproductie. We doen dit op celniveau met fibroblasten die daadwerkelijk uit deze diabetische ulcera komen.

Is er in het AMC sprake van een multidisciplinair team en waaruit bestaat dit team?

Ja, zo'n team is er en deze heeft een wisselend samenstelling. De belangrijkste personen hierin zijn de internist, de chirurg, vaatchirurg, de revalidatiearts, de orthopedisch schoenmaker, de podotherapeut en

de dermatoloog. Voor de poliklinische patiënten is er de NU poli, de neuropathisch ulcus poli waarbij dezelfde expertise aanwezig is.

Hoe wordt de optimale behandeling/begeleiding door u gezien?

De genezing verloopt in verschillende fases. De poliklinische zorg bestaat voornamelijk uit maatregelen op het orthopedisch vlak, het maken van schoenen en goede wondverzorging en uiteraard het goed instellen van de patiënt voor goede glucose spiegels. De wonden van de opgenomen patiënten ondergaan een protocollaire aanpak. Er wordt afbeeldend onderzoek gedaan, röntgenfoto's, MRI's, scan's (zonodig) om goed te kijken of er een osteomyelitis aan ten grondslag ligt. Er worden ruime necrotomiën verricht en verwijderd materiaal wordt ingestuurd voor kweken of pathologisch onderzoek. Vaak worden gentakralen achtergelaten in gevallen van osteomyelitis en een intraveneus antibiotica beleid gestart voor langere tijd. Daarmee lukt het om de meeste wonden te laten genezen.

* Miriam Loots, Dermatoloog i.o.
Academisch Medisch Centrum Amsterdam

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

**DE WCS POSTER
"CLASSIFICATIEMODEL"**

**NIEUWE VERSIE
ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL
ZICHTBAAR OP UW AFDELING.**

Deze overzichtelijke poster met het bekende WCS Classificatiemodel siert elke werkplek.

Deze poster kost slechts f 2,50 per stuk (exclusief verpakings- en verzendingskosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.