

DE ROL VAN DE REVALIDATIEARTS IN EEN "DIABETISCH VOETENTEAM"

Drs. R.D.J.Margry *

Door de complexiteit en veelheid van oorzakelijke factoren is de zorg voor de diabetische voet secuur werk, waarbij verschillende professionals uit de gezondheidszorg dienen te worden betrokken. Het is van groot belang om al deze behandelingen en adviezen op elkaar af te stemmen. Daarnaast is het van belang om voorlichting, primaire zorg en de controle van patiënten te concentreren.

In het Spaarneziekenhuis te Heemstede is dit al sinds jaren gerealiseerd, door de organisatie van een "diabetisch voetenteam". De podotherapeut, die twee volledige dagen per week betrokken is bij de voetzorg voor diabetes patiënten (zie elders in dit blad), is de spil waar het voetenteam om draait. Hij zorgt voor de voorselectie van de patiënten voor het diabetisch voetenteam, dat eens per maand bij elkaar komt. Alleen de "probleem" patiënten worden hier besproken, evenals de patiënten die voor een "second opinion" worden doorverwezen naar het Spaarneziekenhuis.

HET DIABETISCH VOETENTEAM

Het team bestaat uit een internist/diabetoloog, algemeen chirurg, orthopedisch chirurg, vaatchirurg, revalidatiearts, orthopedisch schoenmaker en uiteraard de podotherapeut. Op een middag worden 5 tot 8 patiënten gezien en besproken. De "vaste kern" van het diabetisch voetenteam bestaat uit de internist/diabetoloog, revalidatiearts, podotherapeut en orthopedisch schoenmaker. De andere bovengenoemde specialisten zijn die middag oproepbaar.

De werkwijze is als volgt:

De patiënt wordt kort geïntroduceerd door diegene, die de patiënt inbrengt. De van te voren verzamelde gegevens, inclusief alle röntgenfoto's (ook van elders) worden beoordeeld, waarna het te volgen beleid in overleg wordt vastgesteld. Vaak volgt er een traject, waarbij één of meer van de specialisten de behandeling overneemt. Sommige patiënten worden langdurig door het voetenteam gevolgd.

De "winst" van deze aanpak is duidelijk: een groot aantal diabetes patiënten heeft een gedegen primaire begeleiding en zorg voor de voet. Doordat het team op de achtergrond aanwezig is, kunnen aankomende problemen in een vroege fase worden gesignaleerd en specialistisch worden behandeld. Dat deze aanpak resultaat oplevert, is aangetoond door onderzoek van Bakker en Dooren (Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde 1994; 138(II):565-569), waaruit blijkt, dat het aantal amputaties tijdens de werkperiode van het diabetische voetenteam aanzienlijk is verminderd.

Van belang is en blijft, dat de patiënt centraal staat en niet alleen de voet! Een perfect passende orthopedische schoen met een noodgedwongen matige cosmetiek, die in de kast blijft staan heeft nog nooit geholpen!

DE ROL VAN DE REVALIDATIEARTS

De bijzondere rol van de revalidatiearts in het diabetische voetenteam is vooral gericht op het (laten) aanmeten van het juiste schoeisel en het evalueren daarvan. De kwetsbaarheid van de diabetische voet is inmiddels alom erkend en de specifieke problematiek die dit met zich meebrengt vraagt om een gespecialiseerde aanpak. Zeker als er ook sprake is van co-morbiditeit (= de aanwezigheid van meer dan één aandoening), is er een verhoogd risico op voetproblemen. Bijvoorbeeld het bestaan van een deformiteit als de spitsvarusvoeten gevolge van polio of een CVA, vraagt om extra alertheid bij een diabetes patiënt met tekenen van neuropathie. De patiënt loopt het risico, dat alle aandacht gaat naar de behandeling van de gevolgen van het CVA en niemand bekommert zich om de voet, die door de (gedeeltelijke) verlamingsverschijnselen een geheel ander belastingspatroon krijgt.

AANGEPASTE SCHOENEN

Het geven van voetverzorging- en schoenadviezen zijn van primair belang in de vroege fase van behandeling van de diabetische voet. Zodra de risicofactoren voor het ontstaan van een ulcus zich zodanig ontwikkelen, dat het dragen van confectieschoeisel niet meer verantwoord is, zal de revalidatiearts, samen met de andere leden

van het diabetisch voetenteam, een beslissing moeten nemen over aanpassingen c.q. orthopedisch schoeisel. Redenen voor deze beslissing kunnen zijn:

- schoeisel past niet meer om de gedeformeerde voet
- pijn bij belasting (onder de voet, van de tenen of op prominente plaatsen)
- het snel ontstaan van overmatig eelt
- het ontstaan van wondjes
- een optelsom van deze factoren

Bij (beginnende) pijn en/of eeltvorming, kan de podotherapeut of orthopedisch schoenmaker supplementen (= inlegzooltjes) maken, die een betere drukverdeling onder de voet geven. Uitgangspunt hierbij is, dat door aanpassing van het voetbed aan de voetvorm, predilectieplaatsen ontlast worden. Met name geldt dit voor de kopjes van de middenvoetsbeentjes, de hiel en eventueel in het lengtegewelf prominente botstukken (bij een ingezakt lengtegewelf). Correctie van opgetreden standsveranderingen kunnen alleen worden nagestreefd, indien de voet manueel nog makkelijk te corrigeren is. Dient daarvoor een te forse kracht gebruikt te worden, dan zal het corrigerende element in een zool teveel druk op de voet leggen, met het risico op het ontstaan van een ulcus op die plaats. In deze gevallen zal gekozen moeten worden voor een individueel aangepaste schoen, waarbij er meerdere mogelijkheden zijn:

- De semi-orthopedische schoen (S.O.S.), ook wel orthopedische schoen type B genoemd. Dit is een halffabrikaat, die de orthopedisch schoenmaker in korte tijd kan afbouwen. Aangezien deze schoen meestal vrij stug is, is deze schoen min-

der geschikt voor diabetes patiënten met een neuropathie.

- De orthopedische schoen (O.S.) of type A. Dit is een volledig handgemaakte schoen, waarin alle noodzakelijke aanpassingen verwerkt kunnen worden. Nadeel is de vaak lange levertijd. De eigen bijdrage van de patiënt voor zowel de type A als B orthopedische schoen ligt in de orde in de orde van grootte van f 220,=.
- De voorlopige orthopedische schoen (V.L.O.S.) of revalidatieschoen. Deze schoen is minder mooi afgewerkt, maar wel volledig functioneel gemaakt naar de eis van de voet van de patiënt. Deze schoen kan wel in korte tijd worden vervaardigd en wordt als tussenoplossing gebruikt tijdens de wachttijd voor de definitieve O.S.
- De verbandpantoffel. Dit is een confectie kunststof omhulsel, ter bescherming van de voet met een verband. Dit soort schoenen geeft nauwelijks steun.
- De thermoplastische schoen. Nieuw op de markt zijn de schoenen met een thermoplastisch bovenwerk, dat gemakkelijk, zij het beperkt, aanpasbaar is aan de gedeformeerde voet. Deze schoenen lijken grote mogelijkheden te hebben voor matig kwetsbare voeten, maar voorlopig is de financiering nog een probleem.

WELKE SCHOEN "PAST" BIJ WELKE DIABETISCHE VOET?

Naast de beoordeling van de revalidatiearts welke schoen adequaat zal zijn voor welke voet, dienen uiteraard parallelle maatregelen te worden genomen, zoals verwijdering van callus, verbeteren van de doorbloeding en het bestrijden van infecties. Juist het werken binnen een diabetisch voetenteam brengt de garanties met zich mee, dat geen stap in de behandeling wordt vergeten c.q. overgeslagen!

Bij de beoordeling en de beslissing van welke schoen nu passend zal zijn voor welke diabetische voet, zal de revalidatiearts de volgende afwegingen maken:

- Bij (overmatige) callus vorming: Waar vindt dit plaats en hoe kan de druk het beste ontlast worden? Naast een optimale drukverdeling onder de voet, dient ook de afwikkeling van de voet beoordeeld te worden. Vaak zal een afwikkelbalk onder de schoen leiden tot een sterke vermindering van de plantaire drukken.

- Bij stijve teengewrichten (hallux rigidus) en/of klauw- en hamertenen, zal naast voldoende ruimte in de neus van de schoen ook een afwikkelbalk worden overwogen. De belemmerde afwikkeling door deze teenpathologie kan zo goed worden opgevangen.
- Bij het bestaan van een ulcus: de plaats van het ulcus is van groot belang. Drukontlasting is een eerste vereiste waaraan dient te worden voldaan.
- Na een voorvoet of middenvoetamputatie dient er aandacht te zijn voor het volledig veranderde belastingspatroon tijdens het lopen.
- Bij een Charcotvoet (zie artikel elders in dit blad), waarbij een ernstige deformatie van de voet heeft plaatsgevonden, kan vrijwel alleen gekozen worden voor een O.S. met een hoge schacht. Verdere deformatie wordt hiermee zoveel mogelijk tegen gehouden.
- Bij een voetheffersparese, een zogenaamde "dropfoot" ten gevolge van motorische neuropathie, zal een peroneusveer als orthese het looppatroon aanzienlijk kunnen verbeteren.

De samenwerking bij het voorschrijven en aanmeten van aangepast schoeisel is dan ook teamwork: de medisch noodzakelijke eisen zullen moeten worden voorgeschreven door de revalidatiearts, terwijl de orthopedisch schoen-

maker (en soms de podotherapeut) de technische mogelijkheden zal moeten aangeven. Het uiteindelijke resultaat zal gezamenlijk moeten worden gecontroleerd en vervolgd. Daarbij is de rol van de patiënt niet onaanzienlijk: de patiënt zal gemotiveerd moeten worden om de schoenen te gaan dragen. De cosmetische eisen, die de patiënt aan een schoen stelt zijn van groot belang, maar dat neemt niet weg, dat deze belangrijker worden dan de medisch / technische eisen, die van belang zijn voor het goed functioneren van de voet. Opnieuw "teamwork": samenwerken met en duidelijke uitleg geven aan de patiënt maakt, dat onaangepast schoeisel gedragen zal worden en niet in de kast zal verdwijnen.

***Drs. R.D.J. Margry is revalidatiearts en betrokken bij het diabetische voetenteam. Hij heeft de inhoud voor dit artikel aangeleverd.**



*Een orthopedische schoen is niet per definitie a-modicus!
(Bron: Penders Orthopedische Schoentechniek.)*

