

OP EEN SLOF EN EEN AANGEPASTE SCHOEN.

Dr. A. Labrie*

In 1987 werd in het Spaarne Ziekenhuis te Heemstede een voetenpolikliniek gestart voor de podotherapeutische zorg van diabetes patiënten met voetproblematiek. Elders in dit nummer wordt al uiteen gezet hoe deze polikliniek functioneert. Twee maal in de week ziet de podotherapeut patiënten, die verwezen worden door specialisten "uit huis", specialisten van andere ziekenhuizen alsmede door de huisartsen. Bovendien komt eenmaal per maand het voetenteam bijeen om probleemgevallen te beoordelen. Waar de podotherapeut vooral preventief werkt, is het werk van het voeten team vaak therapeutisch.

Vanaf het begin tot 1 januari 1998 werden 1756 nieuwe patiënten gezien op een totaal van 12.129 consulten. In 1997 alleen werden 140 nieuwe patiënten gezien, waarvan 30% via de huisarts werd verwezen. Nog een 30% kwam via een verwijzing vanuit een ander ziekenhuis, terwijl 37 patiënten voor een second opinion de polikliniek bezocht. Van de 140 nieuwe patiënten betrof het 53 maal patiënten met een nieuw diabetisch ulcus. 15 Maal werden patiënten met een recidief ulcus gezien. De aetiologie van het ulcus aan de voet van een diabetes patiënt is meestal het gevolg van een neuropathie en/of een vasculair probleem.

Door de verminderde sensibiliteit krijgt de patiënt niet het pijnsignaal dat normaliter aangeeft dat er een drukplek ontstaat. De voet komt als het ware klem te zitten in het schoeisel, waardoor een drukplek gecreëerd wordt. Wordt dit niet tijdig onderkend, dan is het gevolg dat er een ulcus ontstaat. De diabetes patiënt met een neuropathie dient dan ook, als preventie, 's ochtends en 's avonds de voeten aan een gedegen controle te onderwerpen. De neuropathie is meestal al bekend wanneer de patiënt bij de chirurg komt.

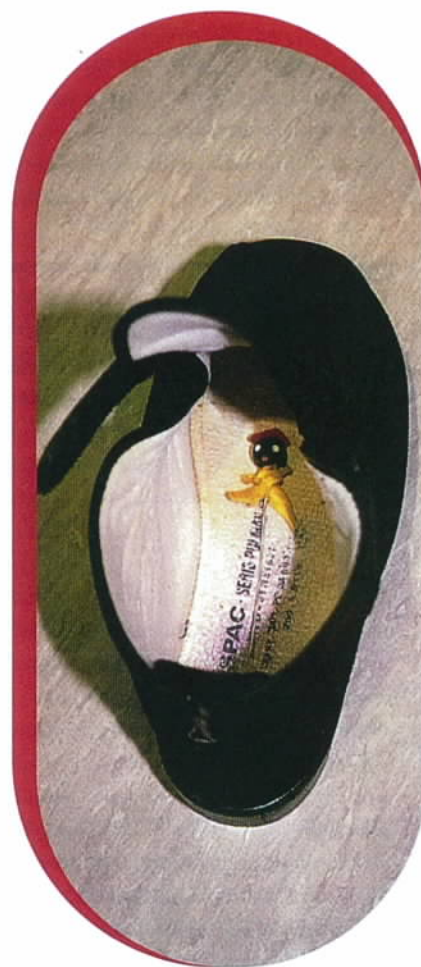
Als sprekend voorbeeld dient het verhaal van één van de patiënten, die bij ons onder controle is. Deze patiënt had als gewoonte om 's avonds voor het slapen gaan in bed nog een sigaret te roken. Hij had de aansteker in zijn schoen gestopt welke naast het bed stond. Aan het einde van de volgende dag ontdekte hij bij het uitkleden dat er bloed in zijn schoen zat. Er bleek een wond te zijn ontstaan door zijn aansteker. Uiteindelijk heeft dit na een lange lijdensweg geleid tot een onderbeensamputatie. Voordat tot therapie van het ulcus zelf wordt overgegaan zal eerst een standaard

lijst afgewerkt worden:

- optimalisering van het bloedglucose gehalte.
- het in kaart brengen van de vasculaire status.
- röntgen foto van de aangedane voet.
- oriënterend bloed onderzoek, m.n. BSE, leuco's, CRP
- een "diepe" kweek voor bacterieel onderzoek

De vaten worden gecontroleerd o.a. met behulp van Doppler onderzoek. Het ligt voor de hand dat eventueel aanwezige vaatpathologie de mate van genezing van het ulcus beïnvloedt. Indien nodig, zal een vasculaire reconstructie een onderdeel van het totale behandelingspakket uit maken. De reconstructie heeft de meeste kans van slagen, indien het een aandoening betreft van de grote tot middelgrote vaten. In die gevallen kan door middel van een bypass de doorbloeding van de voet weer worden verbeterd. Wordt het geheel gecompliceerd door aantasting van de eindarteriën in de voet, dan is van een revascularisatie weinig heil te verwachten. Wel kan het niveau van amputatie mogelijkwijks lager komen te liggen.

Een langer bestaand ulcus zal frequent worden gecompliceerd door de aanwezigheid van een osteomyelitis. Het belang van het uitsluiten van een osteomyelitis is gelegen in het feit dat evt. antibiotische therapie veel langer gecontinueerd dient te worden indien het bot is aangetast. Ten tijde van de eerste presentatie zal er nog geen kweek uitslag bekend zijn, daarom wordt er indien er verdenking is op de aanwezigheid van osteomyelitis, direct begonnen met antibiotische therapie. De richtlijn van de consensus voor de behandeling van de diabetische voet ulcera advi



Een verbandschoen

seert te starten met Ceftriaxon en Clindamycine. Na bekend worden van de kweek uitslag kan de therapie op geleide van deze uitslag worden aangepast. Bij de behandeling van een osteomyelitis dient de antibiotische therapie tenminste 6 weken gecontinueerd te worden. Dit alles onder geleide van een regelmatige controle van het bloedbeeld, BSE en CRP.

De kweek die van het ulcus wordt genomen dient bij voorkeur een diepe weefsel kweek te zijn. Deze wordt zowel voor aerobe als anaerobe micro-organismen gecontroleerd. Vooral bij langer bestaande ulcera kan deze

kweek een groot scala van micro-organismen opleveren. Echter niet alle gekweekte micro-organismen zijn noodzakelijkerwijs in dit geval ook pathogeen in relatie tot het onderhavige ulcus. Er kunnen ook commensalen worden gekweekt. Om een werkelijk representatieve kweek te verkrijgen, wordt daarom een "chirurgische" kweek afgenomen. Met een scherpe lepel wordt het diepste punt van het ulcus materiaal verkregen.

De behandeling van het ulcus zelf begint met een adequaat wondtoilet. Al het necrotisch weefsel wordt tot goed doorbloed weefsel geëxideerd, waarna de wond wordt verbonden met materiaal dat bij een verbandwisseling de wond niet opnieuw laedeert. Dit kan een vet geïmpregneerd gaas zijn, dat minimaal om de dag wordt verwisseld. Er dient voor gewaakt te worden dat de wond niet als het ware wordt dicht "geplamuurd". Is er eenmaal een goede granulatie bereikt, dan wordt gekozen voor niet adherente verbanden met een goed vocht absorberend vermogen. Voorkomen moet worden dat het wondvocht de omgevende huid verweekt en macereert. Anderzijds mag de wond ook niet uitdrogen aangezien dat de reëpithelialisatie bemoeilijkt.

De wondgenezing kan op deze manier vele weken tot enkele maanden vergen. Zowel de patiënt als de behandelend arts dienen over een ruime hoeveelheid geduld te beschikken. In principe is een klinische opname alleen dan geïndiceerd als er een operatie moet plaats vinden, dan wel als er antibiotica i.v. gegeven moeten worden. Heeft wondgenezing eenmaal plaats gevonden dan zal door middel van revalidatie met aangepast schoeisel als ook frequente controle bij de podotherapeut een recidief voorkomen moeten worden.

Om onnodige overbelasting van de voet te voorkomen zal in overleg met de orthopedische schoenmaker en de revalidatie-arts een aanpassing van het schoeisel plaatsvinden.

Helaas is het niet altijd mogelijk om aan amputatie te ontkomen. Het niveau van amputatie wordt bepaald door de mate van doorbloeding van de weke delen op het amputatie niveau. In enkele gevallen kan volstaan worden met amputatie van een teen kootje of van de gehele teen. In dat laatste geval wordt ook de betreffende metatarsaal tot aan het proximale kopje verwijderd. Het effect van deze ingreep is dat er een voetversmalling wordt verkregen. Een uitzonderingspositie wordt door de hallux ingenomen. De grote teen heeft een belangrijke bijdrage aan het "in balans" staan. Nog meer dan bij de andere vier tenen zal dus naar behoud van de hallux worden gestreefd.

Amputatie op een hoger niveau heeft altijd een grotere invalidering tot gevolg. In volgorde spreken we van een amputatie niveau:

- Transmetatarsaal (halverwege de metatarsalia)
- Lisfranc (direct proximaal van de metatarsalia)
- Chopart (behoud van de calcaneus en talus)
- Syme (volledige voet amputatie)
- Onderbeen
- Door de knie
- Bovenbeen

De energie die een patiënt moet opbrengen om te leren lopen met een prothese is sterk afhankelijk van het niveau van de amputatie alsmede de leeftijd. Een patiënt met een bovenbeens amputatie heeft " 60% meer energie nodig om te lopen vergeleken met een gezonde leeftijdgenoot.

Het instellen van een voeten polikliniek met de begeleiding hiervan door een team specialisten heeft in ons ziekenhuis geleid tot minder hospitalisatie van de diabetische patiënt met voet problematiek. Ook de gemiddelde opname duur daalde, evenals het aantal amputaties. Deze tendens is de laatste jaren echter niet meer terug te vinden in de jaar cijfers, aangezien het verwijzingspatroon inmiddels is veranderd. Tegenwoordig vind er meer consultatie plaats vanuit andere klinieken hetgeen de cijfers beïnvloed. Het is echter zonder meer duidelijk dat de oprichting van een voeten polikliniek letterlijk en figuurlijk een gezonde stap vooruit is voor de patiënten met diabetische voet problematiek.

***Dr. A. Labrie, chirurg,
Spaarne Ziekenhuis Heemstede.**