

DIABETISCHE VOET: HOE DOET EEN HUISARTS HET?

K. J. Gorter *

Samenvatting: bij 4% van de bij de huisarts bekende diabetes patiënten treedt een 'diabetische voet' als complicatie op. Hierbij komen stadium 0 (pre-ulcus) en stadium 1 (oppervlakkige huidlesie) van de Wagner classificatie veel voor. Deze zijn goed door de huisarts te diagnosticeren en te behandelen. Samenwerking met diabetes verpleegkundige, podotherapeut en orthopedisch schoentechnicus is hierbij onmisbaar. In de huisartspraktijk is er sprake van continue en integrale persoonlijke zorg (maatwerk). Hierdoor kunnen er juist bij het chronisch metabole syndroom diabetes mellitus type 2 heel goed individuele preventieve adviezen gegeven worden. Problemen van een 'diabetische voet' kunnen zo in een vroeg stadium gesignaleerd of zelfs voorkomen worden. Er kan een aanzienlijke kostenbesparing plaatsvinden.

INLEIDING

Naar schatting 300.000 mensen in Nederland hebben diabetes mellitus type 2. Bij 15-20% van deze mensen worden voetafwijkingen gevonden, zoals hamertenen, hallux valgus, clavi en dergelijke; dit komt overeen met niet-diabeten. In een gemiddelde huisartspraktijk (2400 patiënten) komen 45 diabeten voor; ongeveer 40 van hen hebben type 2 diabetes. Een diabetische voet komt bij 4% van hen voor. Dit is de resultante van een combinatie van lokaal verhoogde druk bij neuropathie en/of angiopathie.

De behandeling van de huisarts is gebaseerd op de standaard Diabetes mellitus van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); dit jaar verschijnt hiervan een herziene versie, welke samen met diabetologen is opgesteld. Streven naar normoglycemie, behandeling van bijkomende stofwisselingsstoornissen, leefstijl adviezen (roken; overgewicht) en regelmatige controle van ogen, nieren en voeten zijn speerpunten in het beleid. Dit kan goed vanuit de huisartspraktijk gecoördineerd worden, immers de huisarts kent de patiënt vaak al langere tijd. Maatwerk en therapietrouw gaan samen, waardoor problemen van een diabetische voet voorkomen kunnen worden of in een vroeg stadium gesignaleerd kunnen worden. Er is dan meer kans op een succesvolle behandeling. Eind 1996 is door huisartsen de DiHAG (Diabetes Huisartsen Advies Groep) opgericht. Deze neemt deel in de Nederlandse Diabetes Federatie en wil door bundeling van kennis, onderwijs en onderzoek de diabetes zorg door de huisarts verbeteren en samenwerking met andere zorgverleners bevorderen.

AANDACHT VOOR DE VOET

Binnen de gestructureerde aandacht van de huisarts voor de patiënt met diabetes mellitus past ook een goed georganiseerde voet-zorg. De NHG-standaard adviseert elke diabeet volgens een vast protocol om de 3 maanden te controleren; elke 12 maanden vindt er een grote controle plaats met o.a. uitgebreid laboratorium onderzoek en ook voetonderzoek.

In mijn praktijk is de praktijkassistente getraind om de 3 maandelijks controles te doen; zij is daarbij gespitst op anamnestiche signalen die op voetproblemen kunnen wijzen (tintelingen, doof gevoel, beperkte loopafstand). Bij de 12 maandelijks controle zie ik de patiënten zelf in een dubbel consult. Er vindt dan ook een uitgebreid voetonderzoek plaats middels anamnese en lichamelijk onderzoek. Tevens wordt er een schoenonderzoek gedaan. De volgende casus illustreert dit aan de hand van een praktijkgeval.

CASUS

De heer Apeldoorn, 76 jaar, komt voor 12 maandelijks controle van zijn sinds 16 jaar bestaande diabetes mellitus type 2. Hij heeft geen klachten. De instelling van zijn diabetes is matig, wat blijkt uit nuchtere glucose waarden variërend tussen 7.9 en 10.2 mmol/l en HbA1c 7.9%. Er bestaan complicaties: stabiele angina pectoris; claudicatio intermittens met stabiele loopafstand; hypertensie en adipositas. De oogarts vindt geen retinopathie; er zijn geen tekenen van microalbuminurie; nooit voetproblemen.. Medicatie: metformine 850 2 dd 1; glyclazide 80 3 dd 1; verder bloed-druk medicatie en acetylsalicylzuur 100 mgr 1 dd 1.

Voetonderzoek: beide voeten: de kleur is niet afwijkend; droge huid met schilfering; wat warmer. Holvoettype. Voetarterieën zijn palpabel. Hyperkeratose lateraal en onder ter hoogte van het vijfde metatarsophalangeale gewricht links met onderliggende blauw-bruine verkleuring van 0,5 cm doorsnede. Er is een gestoorde sensibiliteit (10 grams monofilament) tot halverwege de onderbenen en bovendien verminderde vibratiezin; links meer dan rechts.

Schoenonderzoek: patiënt draagt instappers met een slappe hielomsluiting en slechte pasvorm. In feite loopt hij aan de laterale zijde naast zijn schoen, waardoor er lokaal te hoge druk ontstaat ten gevolge van de zoolrand. Slijtpatroon: lateraal toenomen; links meer.

Werkdiagnose: hier is sprake van een ulcus, wat nog bedekt is door hyperkeratose (Wagner stadium 1). De oorzakelijke factoren zijn de sensorische neuropathie in combinatie met lokaal verhoogde druk ten gevolge van voetstandsafwijking en niet adequaat schoeisel. De matige instelling verhoogt het risico. Punt van aandacht is eventueel onderliggende vaatafwijkingen.

WAT KAN JE ALS HUISARTS NU DOEN?

Het (pre)ulcus van onze patiënt is waarschijnlijk vooral neuropathisch van aard (gezien de lokalisatie, hyperkeratose en schoenproblemen). Dit komt ook het meest voor in de huisartspraktijk. Indien er bij een patiënt naast verminderde protectieve sensibiliteit ook tekenen van lokaal te hoge druk worden gevonden is er sprake van een pre-ulcus (Wagner stadium 0). Verwijderen van hyperkeratose kan door de huisarts worden gestart (salicylzalf FNA 10%) en door een pedicure met aantekening diabetische voet worden voortgezet. Kloven kun-

nen met diachylonzalf worden behandeld. Schoenadviezen moeten worden gegeven. Ik benadruk daarbij, dat de schoen naast voldoende lengte (met 1 cm toegift) en breedte, ook voldoende hielomsluiting dient te hebben. Indien er een voldoende stevige en sluitende pasvorm is, wordt slippen en schuiven vermeden. Een vetersluiting of enkelbandje is gewenst. De hak moet niet hoger dan 3 cm zijn, het dragend oppervlak niet groter dan 5cm². De zool dient niet te dun en bovendien wat verend te zijn. Eventueel zijn aanpassing aan de schoen aan te raden via de orthopedisch schoenmaker. Standsafwijkingen en lokaal te hoge druk dienen zo mogelijk gecorrigeerd te worden door de podotherapeut. Bij de heer Apeldoorn bestaat er een (nog bedekt) oppervlakkig ulcus (Wagner stadium 1) wat niet geïnfecteerd is. De huisarts kan hier de overliggende hyperkeratose het beste verwijderen (drukontlasting) en droog behandelen: pasta zinci oleosa om het ulcus en zonodig verder indrogen met merbromine 2%, spiritus fortior 5% in 100 ml aqua. Ook heb ik in dit soort situaties goede ervaring met dik hydrocolloidaal verband; dit werkt als een tijdelijke bescherming. Indien er een nattend of geïnfecteerd ulcus is, dan moet de huisarts antibiotische therapie starten: flucloxacilline. Tegelijk kan er lokaal worden behandeld met pasta zinci oleosa om de wond en betadine jodium op de wond. In dit geval kan de huisarts meteen drukontlastende therapie starten. Hiervoor gebruik ik zelfklevend vilt wat op maat geknipt kan worden en proximaal van het ulcus wordt geplakt. Wijde, verende sportschoenen worden als overbrugging geadviseerd; na 2 dagen komt de patiënt voor controle terug. Tegelijkertijd verwijs ik naar de podotherapeut voor afspraak binnen 1 week, onder vermelding acute podotherapie diabetische voet. De patiënt blijft onder gezamenlijke controle.

Zorg voor de diabetische voet is teamwork De patiënt is deel van het team!

Voorlichting door hulpverleners en DVN is van groot belang om de patiënt in staat te stellen problemen te voorkomen of vroegtijdig te signaleren.

Voetverzorgingsadviezen bestaan uit: vethouden; dagelijkse inspectie voet; niet te warm water bij wassen en niet op blote voeten lopen. Een valkuil kan hierbij zijn, dat voetzelf-controle moeizaam verloopt ten gevolge van slechte visus of beperkte

knie en/of heupfunctie door artrose. Schoenadviezen zijn zeer belangrijk. Regelmatige voetverzorging door een pedicure met aantekening diabetische voet kan leed besparen.

Daarnaast is een samenwerking tussen huisarts en praktijkassistente, diabetesverpleegkundige, podotherapeut en orthopedisch schoentechnicus van groot belang. Lokale werkafspraken rond de zorg voor de diabetische voet werken kwaliteit verhogend. De indeling van Bakker (1994) kan hierbij de leidraad zijn. De categorieën geven een stijgend risico voor diabetische voet aan. Ik maak hier, in overleg met de podotherapeut met wie ik samen werk, als volgt gebruik van:

Categorie 0

(geen neuropathie): 1x per 12 maanden voet onderzoek door huisarts.

Categorie 1

(verminderde protectieve sensibiliteit): 1x per 6 maanden; huisarts

Categorie 2

(idem en tevens limited joint mobility en/of deformiteit en/of lokaal hyperkeratose en/of angiopathie): 1x per 3 maanden; afwisselend huisarts/podotherapeut.

Categorie 3

(doorgemaakt plantair ulcus): idem categorie 2 of individueel vaker.

De diabetesverpleegkundige heeft naast een begeleidende taak ook de mogelijkheid om bij niet mobiele patiënten de wondverzorging aan huis te doen. Door op deze wijze binnen de eerste lijn samen te werken kunnen opnames voorkomen worden.

De huisarts zal naar de tweede lijn verwijzen bij ulcus Wagner stadium 2 t/m 5. Wanneer een oppervlakkig ulcus binnen 14 dagen ondanks adequate therapie geen genezigstendens toont, moet de patiënt ook verwezen worden ter evaluatie naar een in de diabetische voet geïnteresseerde specialist (evaluatie ischaemisch vaatlijden). Bij progressief infecteerd. Welk specialisme zich hier vooral mee bezig houdt, kan lokaal nogal verschillen. Helaas is er niet in elk ziekenhuis een goed functionerend voetenteam.

BESCHOUWING

De huisarts kan bij patiënten met diabetes mellitus type 2 de diabetische voet in een vroeg stadium signaleren of zelfs voorkomen. De NHG-standaard diabetes mellitus is hierbij de leidraad voor gestructureerde en regelmatige controles. Samenwerking

binnen de eerste lijn en transmuraal met de tweede lijn verhoogt de efficiëntie en effectiviteit van de diabetische voetverzorging.

* K.J. Gorter, huisarts te Apeldoorn.

Medewerker Vakgroep Huisartsengeneeskunde Universiteit Utrecht. Speciale interesse in onderwijs en onderzoek van gewone voetklachten, diabetes mellitus type 2, diabetische voet en transmurale zorgafspraken.

Literatuur:

1. Cromme PVM, Mulder JD, Rutten GEHM, Zuidweg J. Diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 1989; 32: 15-8
2. Bakker K, Dooren J. Een gespecialiseerde voetenkliniek voor diabetes patiënten vermindert het aantal amputaties en is kostenbesparend. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 136: 565-9.
3. Ballegooye E van, Heine RJ. Diabetes Mellitus. Utrecht: Bunge, 1995.

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

HET WCS WONDENBOEK

HET STANDAARD WONDENBOEK IN NEDERLAND OP DIT MOMENT.

In dit boek worden een groot aantal wondgebieden uitgebreid behandeld. Daarnaast is toegevoegd het WCS-Classificatiemodel met daaraan gekoppeld het hoofdstuk Produktinformatie. Hierin wordt een totaal overzicht gegeven van de werking van de in Nederland verkrijgbare wondbehandelingsproducten. Het boek heeft een losbladig systeem, zodat de informatie per twee jaar kan worden geactualiseerd.

Het boek kost f 70,-. Leden krijgen f 10,- korting (exclusief verpakings- en verzendkosten) en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.