

DE DIABETISCHE VOET IN HISTORISCH PERSPECTIEF GEZIEN

J. Wijma, M. van Putten*

De diabetische voet (DV), beter gezegd: voeten van mensen met diabetes mellitus, zijn niet meer weg te denken uit de (para)medische en verpleegkundige praktijk. Zowel in de richtlijnen van het CBO/NDF, als in de 'International Consensus on the Diabetic Foot', staat, dat elke diabetes patiënt tenminste jaarlijks zijn voeten moet laten onderzoeken op risicofactoren voor het ontstaan van wonden, die mogelijkwijze kunnen leiden tot amputatie. De preventieve screening heeft in de loop der tijd vele veranderingen ondergaan en is veel toegankelijker geworden voor de niet-medische disciplines. Dit geldt ook voor de scholing (oa. door de WCS) en de behandeling omtrent de diabetische voet: nieuwe inzichten, nieuwe technieken, maar...ook: gooi geen oude schoenen weg voordat er betere beschikbaar zijn! Een historisch overzicht.

DE HISTORIE VAN DE DIABETISCHE VOET

Historisch gezien heeft de diabetische voet zich ontwikkeld van een voet met 'diabetisch gangreen' (eerste tekstboeken in 1923) tot de onderstaande definitie:

De diabetische voet is een voet met een verscheidenheid aan voetafwijkingen, die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macro-angiopathie, limited joint mobility en metabole stoornissen en die, meestal in combinatie, voorkomen bij patiënten met diabetes mellitus.

In 1989 kwam in st.Vincent (Italië) een aantal vooraanstaande artsen (WHO en EDF) bijeen om te discussiëren over de hoeveelheid amputaties bij diabetes patiënten. Opgemerkt werd dat er een enorme toename was in de voorafgaande jaren; mede werd dit duidelijk door het feit dat er beter in kaart gebracht werd hoeveel patiënten diabetes hebben en zouden gaan krijgen. Gekeken werd hoe te handelen om het aantal amputaties te verminderen. Een van de grootste conclusies was dat er meer aan educatie, herkenning en het screenen gedaan moest worden. Preventief handelen zou het belangrijkste issue kunnen zijn om amputaties te verminderen cq. te voorkomen.

In de jaren daarna is ook binnen Nederland een werkgroep binnen de WCS opgezet om verpleegkundigen op te leiden om risico voeten van diabetespatiënten te kunnen herkennen en preventief al de nodige maat-

regelen te treffen.

Met name kwam er vanuit de hoek van de podotherapie erg veel informatie en belangstelling. Op de Hogeschool in Eindhoven stond het behandelen en screenen van de DV erg in de belangstelling.

Een van de eerste commissies-DV binnen de WCS bestond dan ook uit enkele podotherapeuten, welke de basis hebben gelegd voor wat de commissie nu is.

Qua behandeling is er een verschuiving te zien van alleen maar amputeren (rond de 2e wereldoorlog) tot zeer ver ontwikkelde methoden om de voet te behouden. Echter, ook hier is een beweging van 'back to the past' te zien, met de in opgang zijnde madentherapie en het gebruik van honing.

PREVENTIE

Uit statistisch onderzoek blijkt, dat één op de vier diabetespatiënten een voetprobleem heeft of krijgt. Tevens is bekend, dat er risicogroepen te benoemen zijn, die meer kans hebben op het ontstaan van voetproblemen, maar ook is bekend, dat diabetes patiënten, die niet behoren tot deze risicogroepen, voetproblemen kunnen ontwikkelen. Dit houdt in, dat elke diabetes patiënt jaarlijks zijn voeten moet laten controleren. Drie op de vier diabetes patiënten zal dan te horen krijgen: "Prima voeten, niets aan de hand. Over een jaar kijken we weer verder". Bij één op de vier patiënten zal verdere behandeling c.q. verwijzing naar een diabetes voetenteam of specialist noodzake-

lijk zijn. De preventieve screening is dan ook een 'must' voor elke diabetespatiënt!

Het preventief screenen van de voeten van diabetes patiënten omvat het volgens een vastgesteld protocol, op basis van literatuurstudie en wetenschappelijk onderzoek, nagaan of de voeten van de diabetes patiënt risicofactoren voor ulceratie vertonen. Er worden tests gedaan om tekenen van neuropathie, angiopathie en/of Limited Joint Mobility vast te stellen. De conclusies uit deze screening leiden tot het benoemen van één, twee of geen risicovoeten. Het vervolg is dat de patiënt geadviseerd wordt contact op te nemen met de huisarts of behandelend specialist, die op basis van de screening gegevens, een beslissing zal nemen over het vervolgtraject. Deze screening duurt 10-15 minuten.

VISIE

In de 'Richtlijnen Diabetische Voet' (CBO/NDF 1998) wordt letterlijk genoemd, dat de belangrijkste voorwaarde voor het goed vervullen van preventie, diegene die de voet als eerste ter hand neemt, interesse heeft in de diabetische voet en zich bereid is zich hierin te verdiepen. Deze 'voorwaarde' wordt belangrijker geacht, dan exact aan te geven welke discipline nu het meest aangewezen is, om de diabetische voet onder zijn/haar hoede te nemen.

De moderne visie op preventie van diabetische voetproblemen is dan ook, dat een ieder, die de diabetische

voet ter hand neemt, in staat moet zijn om een preventieve screening op risicofactoren uit te voeren. De preventie van diabetische voet problemen is gestoeld op de volgende vijf pijlers:

1. Educatie (van professionals) en het geven van voorlichting (aan de diabetes patiënt en zijn/haar partner/verzorger(s))
2. Verminderen van risicofactoren
3. Verwijzen naar de podotherapeut indien behandeling geïndiceerd is, of naar een voetverzorger met diabetes aantekening, indien de voetverzorging niet meer zelfstandig uitgevoerd kan worden
4. Geven van een adequaat schoenadvies
5. Controlefrequentie vaststellen aan de hand van het risicoprofiel (zie tabel 1) en bewaken dat dit ook uitgevoerd wordt!

DE BEHANDELING VAN EEN DIABETISCHE VOET

Het grootste verschil met 'vroeger' en nu is, dat er veel minder afge wacht wordt en veel eerder een behandeling ingezet wordt. Zeer belangrijk is daarbij de ontwikkeling van poliklinische diabetische voetenteams. Binnen de voorlichting bijeenkomsten en cursus dagen van de commissie Diabetische Voet van de WCS, wordt de importantie van een dergelijk team met grote nadruk verder uitgewerkt! Grote voorkeur van het team van specialisten, dat de 'Richtlijnen Diabetische Voet' heeft opgesteld gaat uit naar een **multidisciplinair team**.

Dit team dient preventieve taken te vervullen in een poliklinische setting en dient tenminste de beschikking te hebben over een internist en diabetes verpleegkundige. Zij zien periodiek alle diabetes patiënten. Bij voetproblemen wordt de patiënt verwezen naar de diabetische-voetenpoli of het voetenteam. In dit team is de podotherapeut de centrale figuur. Op afroep dienen tenminste een (vaat)chirurg, een dermatoloog, een revalidatiearts, een orthopedisch schoenmaker en een gipsverbandmeester, die ervaren is met het ingipsen van diabetische voeten beschikbaar te zijn. Daarnaast is het wenselijk, dat een neuroloog en/of

een orthopedisch chirurg in consult groepen kunnen worden.

Zodra er sprake is van een wond, die langer bestaat dan een week en geen of weinig genezingstendens vertoont, zal er een meer uitgebreide wondbehandeling moeten plaatsvinden.

De algemene principes van deze wondbehandeling zijn:

- Eelt verwijderen en drukvrij leggen van de wond
- Het toepassen van vilt, gips of een wondverbanden is afhankelijk van de plaats, grootte en ernst van de wond
- Revascularisatie, indien nodig. Een ischemisch ulcus zal weinig genezing vertonen, indien de doorbloeding ernstig tekort blijft schieten
- Antibiotica starten bij infectie. Het voorkomen van een levensbedreigende sepsis en het behouden van de voet bij een infectie zijn de twee belangrijkste uitgangspunten voor het toedienen van antibiotica.

In alle gevallen zal het multidisciplinaire team regelmatig contact hebben over de voortgang van de genezing van de wond en over eventuele alternatieve therapieën.

Naast de traditionele wondbehandeling, waarbij de keuze van een goede wondbedekker steeds lastiger lijkt te worden gezien de enorme verscheidenheid in het aanbod van de industrie, zijn een aantal nieuwe ontwikkelingen het noemen waard:

- Groeifactoren
- Maden
- Honing
- Hyperbare zuurstof
- Vacuümtherapie

Al deze ontwikkelingen zijn echter nog niet zover, dat ze eerste keuze zijn bij de wondbehandeling bij een patiënt met diabetes mellitus.

TOT SLOT: WIE DOET NU WAT?

Het maakt in feite niet uit wie de preventieve screening van de voeten van dia-

betes patiënten ter hand neemt, als het maar gedaan wordt! Bij voorkeur via een gestandaardiseerd protocol, dat gecommuniceerd kan worden naar andere (para)medische disciplines, mocht dat noodzakelijk zijn.

Wondbehandeling zal bij voorkeur worden uitgevoerd in een multidisciplinair voetenteam, waar alle specialisten (op afroep) beschikbaar zijn en de patiënt in het middelpunt staat. Een ideale situatie, die in steeds meer ziekenhuizen gerealiseerd lijkt te worden. Een prima ontwikkeling!

Ook de WCS zal steeds de nieuwste inzichten blijven volgen en participeren binnen werkgroepen om de diabetische voet beter te behandelen, preventief te screenen om te komen tot een reductie van het aantal amputatie, ons gemeenschappelijk doel!!

* **Jelle Wijma**, gipsverbandmeester, voorzitter WCS-cie diabetische voet
Drs. Margreet van Putten, arts, wetenschappelijk onderzoeker, hoofd opleiding podotherapie

