

HET 6^E INTERNATIONALE SYMPOSIUM OVER DE DIABETISCHE VOET “EEN WANDELING DOOR DE WETENSCHAP RONDOM DIABETISCHE VOETCOMPLICATIES”

A. Wijlens*

Van 11 tot 14 mei 2011 kwamen duizend professionals in Noordwijkerhout samen voor het 6e internationale symposium over de diabetische voet. Deze professionals, komend uit tachtig verschillende landen, creëerden een sfeer waarin ervaringen en nieuwe ontwikkelingen gedeeld werden en waarin de verscheidenheid in beleid en de complexiteit van de diabetische voet duidelijk naar voren kwamen. In dit artikel volgen enkele highlights.

KIEZEN TUSSEN LEVEN OF HET BEEN

Vertegenwoordigers van overheidsinstanties voor gezondheidszorg en patiëntorganisaties uit alle Europese landen hielden in oktober 1989 in St. Vincent (Italië) een bijeenkomst over diabetes mellitus. Deze bijeenkomst leidde tot de formulering van de St. Vincent Verklaring met een groot aantal aanbevelingen om de diabeteszorg te verbeteren.

Eén van de doelen in de St. Vincent Verklaring is dat het aantal onderbeenamputaties bij diabetespatiënten met 50% gereduceerd moet worden. Ondanks alle ontwikkelingen in de gezondheidszorg rondom de diabetische voet zijn we nog niet in staat geweest dit doel te halen. De huidige schatting is dat elke dertig seconden iemand op de wereld zijn been verliest ten gevolge van diabetes mellitus. Uit recent onderzoek blijkt dat variatie in het amputatiecijfer niet zo zeer tussen de diverse landen ligt, maar meer tussen de provincies in een land zelf, zelfs in ontwikkelde landen, waar iedere burger recht heeft op gezondheidszorg. Een mogelijke verklaring is dat er niet in elke provincie een voetenteam aanwezig is die ook de preventieve zorg in de regio organiseert.

Hierbij moet wel onthouden worden dat amputeren een behandeling is, niet de aandoening zelf. Amputeren wordt vaak pas toegepast nadat alle andere therapeutische mogelijkheden zijn geprobeerd. Echter, je kunt discussiëren over het moment van amputatie. En moet daarbij niet ook de levensverwachting en kwaliteit van leven worden meegenomen?

Als je vanuit dit perspectief kijkt zullen er mogelijk ook patiënten zijn die voordeel hebben bij een amputatie in een vroeger stadium en dan mogelijk ook beter kunnen revalideren. De uitdaging ligt in het beter kunnen herkennen van deze patiëntengroep, zodat amputeren als therapie beter kan worden toegepast.

HYPERBARE ZUURSTOF-THERAPIE

Dr. Löndahl hield een inspirerend betoog over hyperbare zuurstoftherapie. Tot op heden laat het wetenschappelijk bewijs rondom deze therapie te wensen over. De beschikbare onderzoeken zijn vaak kleine prospectieve studies of case studies. De resultaten van deze onderzoeken pleiten voor het inzetten van hyperbare zuurstof therapie. Twee recent goed opgezette gerandomiseerde dubbel blind placebo gecontroleerde onderzoeken concluderen dat hyperbare zuurstoftherapie een waardevolle therapie kan zijn bij diabetespatiënten met een chronisch voet-

ulcus. De studies tonen verbetering in de wondgenezing maar geen verschil in het aantal grote amputaties. Tevens lijkt hyperbare zuurstoftherapie de kwaliteit van leven te vergroten. Er is summier bewijs dat microvasculaire parameters zoals TcPO₂ voorspellers zouden kunnen zijn voor de effecten van hyperbare zuurstoftherapie. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat hyperbare zuurstoftherapie een waardevolle therapiemogelijkheid kan zijn bij diabetespatiënten met een chronisch ulcus.

LEVEN MET VOET-COMPLICATIES

Wanneer je zelf diabetespatiënt bent kijk je anders tegen de complicaties en de gevolgen daarvan aan. De organisatie had er daarom voor gekozen dhr. Wientjes te vragen om zijn ervaringen als patiënt te delen. Met veel enthousiasme en humor wist hij de diverse invalshoeken rondom de diabetische voet te raken. Heel treffend waren de voorbeelden,



In workshops werd actieve deelname verwacht.

waarbij hij vooral aangaf dat de beperkingen verder gaan dan het niet kunnen bewegen. Het betekent ook dat je zichtbaar een handicap hebt, en je de diabetes niet langer kunt verbergen, hetgeen je ook een voordeel kan geven (dat je juist dit bespreekbaar zou kunnen maken met lotgenoten) om diabetes makkelijker bespreekbaar te maken.

FUNCTIONELE ANATOMIE EN NEUROPATHIE

Dr. Cavanagh en dr. Heiden gaven een interactieve workshop over functionele anatomie. Ze begonnen hun workshop met achtergrondinformatie betreffende biomechanica en neuropathie. Bij polyneuropathie is op het MRI duidelijk zichtbaar dat spier- en peesweefsel afneemt. In plaats hiervoor komt vetweefsel. Dit zorgt ervoor dat de voet stugger wordt.

Daarnaast hebben diabetespatiënten door de autonome neuropathie een stuggere huid, ongeveer tweemaal stugger dan normaal. Dit veroorzaakt mede de bewegingsbeperking.

Het vetweefsel bestaat uit twee soorten. Bij neuropathie neemt vooral het vetweefsel met grotere weefselkamers af. Het vetweefsel met de kleinere weefselstructuur blijft hetzelfde. Mogelijk dat door deze hypothese diabetespatiënten zowel bij druk- als schuifkrachten ulcera ontwikkelen. Daarnaast is te veronderstellen dat het lichaam een overcapaciteit heeft in de spieren. Op MRI is aantoonbaar dat de spieromvang met 30%

afneemt. Desondanks blijven onze patiënten toch relatief goed functioneren.

Het is belangrijk te weten dat neuropathie er voor zorgt dat de spieromvang jaarlijks significant afneemt. In theorie kun je dus discussiëren of een klauwstand komt van neuropathie. Alle spieren nemen namelijk evenveel in kracht af. Trainen van deze structuren heeft mogelijk een positief effect. Dit is echter niet getest.

TRAJECT TOT WONDGENEZING

Dr. Jeffcoate gaf een boeiende presentatie over het traject van wondgenezing. Waar zitten de valkuilen, hoe kan het efficiënter? Vaak staren wij ons als professionals blind op de wond of op onze ervaring, en verliezen we het contact met het wondtraject. Om dit traject te versnellen is de organisatie rondom de voetverzorging essentieel. Met name de toegankelijkheid van de diverse disciplines en het hebben van een goede statusvoering zijn hierin belangrijk. Wanneer je als professional de wond behandelt, evalueer dan tijdig. Op deze manier kun je herkennen wanneer je andere disciplines zou moeten inschakelen. Daarnaast is het van belang je therapiedoel en verwachting duidelijk naar je patiënt uit te spreken, maar ook bespreekbaar te maken waarom een patiënt niet therapietrouw is. Wat veel voorkomt is dat de arts niet de juiste achterliggende patiëntinformatie verkrijgt.

Zoals John Embil ooit omschreef "The nurse is often the person who discovers the real problem."

Wanneer de structuur van de organisatie in combinatie met het duidelijk en helder communiceren van de behandeldoelen met zowel patiënt als professional goed gebeurt, zal er minder vertraging ontstaan in het traject rondom wondzorg!

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT (IWGDF) RICHTLIJNEN

Op 14 mei werden de IWGDF richtlijnen uitgereikt aan de deelnemende professionals. Diverse wetenschappers uit de hele wereld houden elkaar frequent op de hoogte omtrent nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de diabetische voet. De uitkomsten hiervan worden verwerkt in de IWGDF richtlijnen.

De nieuwe richtlijnen zijn in een nieuw en modern jasje gestoken: een USB-stick met daarop een programma waar je gemakkelijk door de richtlijnen kunt bladeren. Hierdoor kun je snel en overzichtelijk informatie opzoeken, maar ook literatuurverwijzingen teruglezen.

***Anke Wijlens is werkzaam als diabetes podotherapeut bij voetencentrum Nijenhuis op locatie Isala klinieken te Zwolle en als praktijkinstructeur verbonden aan de opleiding podotherapie Saxion Hogeschool te Enschede.**



Thank you!