

# CASUS DIABETISCHE VOET

E. Lenselink en R. van Leeuwen\*

## CASUS BIJ EERSTE BEZOEK WONDPOLI

Patiënt van 58 jaar bezoekt op 13 september 2011 voor het eerst de wondpoli in verband met twee wonden aan de voet. Het is niet duidelijk hoe lang de wonden precies bestaan. Eén wond bevindt zich aan de laterale zijde van de voet ter plaatse van metatarsale (MT) 5. De wond is ontstaan door ambulante compressie-therapie. Daarnaast is er een wond aan de laterale malleolus (enkel). Deze wond is ontstaan na verwijderen van osteosynthesemateriaal en wordt behandeld door de orthooped. In dit artikel wordt met name de wond bij de metatarsale besproken omdat alleen van deze wond digitale foto's beschikbaar zijn. De wond van de laterale malleolus is sinds november genezen.

## VOORGESCHIEDENIS

De patiënt heeft diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie en perifeer arterieel vaatlijden in de voorgeschiedenis. Patiënt rookt tien sigaretten per dag. De patiënt is vanaf december 2010 bij de orthooped bekend in verband met een enkelfractuur links, waarvoor een repositie en fixatie met twee stelschroeven werden uitgevoerd. De patiënt heeft postoperatief een niet genezend ulcus en osteomyelitis aan het linker onderbeen na osteosynthese in de fibula. De wond aan de laterale zijde van de linker enkel wordt door de orthooped behandeld met negatieve druk therapie en met antibiotica (flucloxaciline).

In augustus 2011 is een percutane transluminale angioplastiek bij de overgang van de arteria femoralis superior en de proximale poplitia uitgevoerd. Tevens vond een dotterprocedure plaats van de distale poplitia en zijn er stents geplaatst in de hele arteria tibialis anterior. Hierna is nog occlusie van de distale dorsalis pedis aanwezig.

Tijdens het eerste bezoek aan de wondpoli laat wondbeschrijving volgens het TIME model een wond afmeting van 2,3 x 2,5 cm zien, met 100% weke gele necrose (zie foto 1). Rond de wond aan de voet is iets roodheid te zien. Het is een natte wond en de wondranden zijn verweekt (distaal 0,4 cm) en ondermijnd. Bij lichamelijk onderzoek is sprake van oedeem van het hele onderbeen en de voet. De patiënt

geeft een pijnscore aan van 5 op een schaal van 0-10. De voet is plantair iets gevoelig bij druk. Daarnaast is de patiënt bekend met polyneuropathie. Pulsaties in de voet zijn nauwelijks voelbaar.

## START WONDBEHANDLING

Losse necrose wordt verwijderd. De wond wordt verbonden met hydrogel en schuimverband om de necrose verder te verweken. Het zwachtelen wordt gestaakt omdat de wond bij MT 5 ontstaan is door zwachtelen. In plaats hiervan wordt een tweelaagse compressiekous geadviseerd (ongeveer 35 mm Hg) om het oedeem te behandelen. Zo wordt de therapie gecontinueerd en worden risico's op complicaties van het zwachtelen vermeden. In overleg met de revalidatiearts wordt gekozen voor verbandschoenen die niet knellen rond de wonden. Er wordt een controleafpraak gemaakt voor over twee weken in combinatie met een afspraak bij de vaatchirurg.

## VERVOLG

Na zes dagen komt de patiënt naar de wondpoli. De patiënt is verwezen door de orthooped (waar hij nog voor de enkelbreuk onder behandeling is) in verband met verslechtering van de wond. Bij inspectie lijkt de roodheid aan de laterale zijde van de wond te zijn toegenomen. De wond ruikt meer en de necrose is uitgebreid tot op botdelen en peesstructuur. Er wordt een röntgenfoto gemaakt in verband met mogelijke osteomyelitis en de patiënt wordt

aangemeld voor de vaatbespreking. Tijdens dit bezoek krijgt hij te horen dat de kans reëel is dat hij zijn voet zal verliezen. Er zal nog een laatste poging worden ondernomen om de vaatstatus te verbeteren. Op de vaatbespreking wordt een percutane intentionele extraluminale rekanalisatie (PIER) van de arteria tibialis posterior afgesproken. Het wondbeleid blijft onveranderd.

Ruim een week later wordt de patiënt weer gezien op de wondpoli. De wond is nu 3 x 3 x 0,3 cm er is nog steeds 100% geel beslag/necrose aanwezig. Het verband is groen vkleurd, waarschijnlijk veroorzaakt door *Pseudomonas aeruginosa*. Het oedeem lijkt iets te zijn afgenomen. Het wondbeleid wordt veranderd naar tweemaal per dag natriumhypochloriet paraffine mengsel (EUSOL) met bescherming van de wondranden met barrièrecreme om maceratie van de wondranden te voorkomen. Er wordt een klasse 2 therapeutisch elastische kous voorgeschreven. De situatie blijft een aantal weken hetzelfde. Half oktober wordt een PIER van de arteria tibialis posterior uitgevoerd. Er wordt afgesproken dat de situatie nog zes weken wordt aangekeken. Indien er dan geen vooruitgang wordt geboekt, wordt er een amputatie van de vijfde straal uitgevoerd. Ook wordt de optie van een onderbeensamputatie met de patiënt besproken. Vijf weken na de rekanalisatie lijkt de situatie iets te verbeteren (foto 2). De necrose lijkt op te lossen en er wordt besloten nog even door te



Foto 1. Gele necrose in wond



Foto 2. Begin van verbetering



Foto 3. 60% rood weefsel zichtbaar

gaan met conservatieve behandeling. Er wordt nu gestart met alginaat met zilver op de wond. Na twee weken bestaat de wond uit 60% rood granulerend weefsel en uit 40% geel beslag (foto 3). Wel is er nog steeds

botcontact. Er worden drie botsequesters verwijderd. Wanneer de patiënt op 6 januari 2012 gezien wordt, is de wond na wondtoilet rood granulerend, nog 1,7 x 1,7 cm oppervlakkig. Wel is aan de plantaire zijde nog een kleine ondermijning van 0,5 cm. Hierbij is geen botcontact.

### LEERPUNTEN

Wanneer wordt gekeken naar de principes van wondbehandeling volgens de nieuwe richtlijnen 2011, wordt als eerste naar de vaatstatus en infectie gekeken. Daarnaast wordt drukontlasting en bescherming van de wond door mechanische off-loading geadviseerd. Dit is de druk zoveel mogelijk verspreiden over de rest van de voet, en zo min mogelijk druk op de wond. In deze casus wordt niet benoemd of met een verbandschoen ook daadwerkelijk afdoende off-loading wordt gegeven. Aangezien de wond van de laterale malleolus genezen is en de andere wond verbeterd, is dit waarschijnlijk voldoende.

Vervolgens wordt herstel van de weefselperfusie geadviseerd. Er wordt een maand na het eerste

bezoek een PIER uitgevoerd. Ten aanzien van behandeling van infectie wordt in de casus niet duidelijk aangegeven of er daadwerkelijk sprake is geweest van infectie bij de wond ter plaatse van MT 5 en of deze ook

behandeld is. Wel is door de orthopeed antibiotica voorgeschreven. De richtlijn adviseert dat bij oppervlakkige infectie (niet verder uitstrekend dan de subcutis) debridement van niet vitaal weefsel wordt uitgevoerd en antibiotica wordt toegediend. Bij diepe infectie is chirurgische verwijdering van al het geïnfecteerde weefsel, inclusief geïnfecteerd bot, en abscesdrainage geïndiceerd. Gezien het feit dat er over een lange periode bot à vue is, zal chirurgische interventie overwogen moeten worden.

Er wordt in de casus niet gemeld of de patiënt gedurende deze periode wordt gecontroleerd op glucose of dat comorbiditeit wordt behandeld. De richtlijn adviseert een bloedsuiker < 8 mmol/l. Lokale vochtige wondbehandeling, regelmatige inspectie, regelmatig debridement en behandeling van exsudaat worden wel uitgevoerd. Helaas wordt niet aangegeven of er geadviseerd is te stoppen met roken en of er ook educatie ten aanzien van voetverzorging aan de patiënt en diens naasten wordt gegeven. Het diabetische voet protocol van het Medisch Centrum Haaglanden wordt aangepast aan de nieuwe richtlijn, zodat in de toekomst optimale diabetische voetverzorging wordt gewaarborgd.

**\*Ellie Lenselink en Rob van Leeuwen, wondconsulenten, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag**