

# Schoenen, een bedreiging voor de diabetische voet?

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Auteur:</b>              | J. Meijssen  |
| <b>Vertaald/bijgewerkt:</b> |  |
| <b>Nieuwsbrief:</b>         | 1995   |
| <b>Pagina:</b>              | 23-24  |
| <b>Jaargang:</b>            | 11   |
| <b>Nummer:</b>              | 5, congresnummer   |
| <b>Toestemming:</b>         |  |
| <b>Illustraties:</b>        |  |
| <b>Bijzonderheden:</b>      | abstract   |
| <b>Kernwoorden:</b>         | diabetische voet schoenen schoeisel drukulcera preventie |
| <b>Literatuur:</b>          |  |

## Achtergrond

Al heel lang dragen mensen schoenen. In z'n eerste vorm bestond de schoen uit gevlochten vochtig gras of ruwe huid dat onder de voet werd gebonden. Op deze manier werd de voet beschermd tegen hitte, koude, takken met scherpe stekels en scherpe stenen.

Bekend zijn de laarzen van de Romeinse soldaten en de sandalen van de Egyptenaren. Als de mensen vroeger ongeschoeid gingen was dat een teken van rouw, boete, schande of onderdanigheid.

Zo trekt een moslim z'n schoenen uit bij het betreden van de moskee.

Tegen het einde van de 15e eeuw werden door vorsten en stadsbesturen voorgeschreven wie welke schoen mocht dragen; iedere rang en stand kreeg te horen wat wel en niet mocht. Hoe langer de punten van de schoenen des te hoger de status.

In de gouden eeuw (1600-1700) werden de Schoenmakers Gilden opgericht. De eerste maatschoenen werden gemaakt.

Nog in 1784 werd voor de linker- als voor de rechter voet een rechte leest gebruikt.

In de 19e eeuw merkte een Zwitser op dat de voet asymmetrisch is en de grote teen meer ruimte zou moeten krijgen dan voorheen het geval was. De schoenen werden hierna aangepast.

In 1963 toonde de Duitse kinderarts, prof. Dr. Erne Maier, door een onderzoek aan, dat 25% van de volwassen mannen en 75% van de volwassen vrouwen merkbare klachten aan hun voeten hadden als gevolg van het dragen van schoenen. Maar 10% van de jonggeborenen hadden maar een afwijking hetgeen aantoont dat voetklachten in meerderheid verworven zijn.

De meeste klachten op dat moment ontstonden door:

1. te dunne zolen
2. te korte schoenen
3. te hoge hakken
4. te spitse schoenen
5. te stugge schoenen zonder bodemprofiel, bijvoorbeeld klompen.

## De diabetische voet en de schoen.

Het is belangrijk om te weten waar je op moet letten bij mensen met diabetes wat betreft de schoenen. Immers, zij kunnen niet altijd goed voelen of de schoen past. Daarbij komt nog, dat verschillende schoenfabrikanten verschillende schoenmaten hanteren, m.a.w. wat voor de één bijvoorbeeld maat 42 is, is voor de ander maat 43 (of andersom). Dit maakt het nog eens extra moeilijk om de goede pasvorm te vinden. Veel voetproblemen komen voort uit het dragen van verkeerd passend schoeisel. Dit is jammer want met een goede voorlichting kan veel ellende worden voorkomen.

### PREVENTIE IS NOG STEEDS DE ESSENTIE BIJ DE DIABETISCHE VOET.

Het is allereerst belangrijk om vast te stellen in hoeverre het gevoel van de voet is aangetast. Dit kan met behulp van een neurometer of de monofilament onderzocht worden. Het gebruik van de monofilament zal uitgebreid besproken worden door mevr. M. de Heus. Soms is het gevoel zo erg aangetast, dat je de diabetische voet qua gevoel kan vergelijken met de zogenaamde lepra voet. Je ziet soms dat mensen rustig een paar weken met bijvoorbeeld een stuk glas in hun voet kunnen rondlopen zonder hier ook maar iets van te voelen. Om goed schoeisel te kunnen voorschrijven is het allereerst belangrijk om de mensen goed te motiveren. Mensen met verminderd gevoel in hun voeten hebben altijd het idee dat hun schoenen prima zitten, ze voelen het toch immers niet?

Wat ik vaak doe om ze te overtuigen van het feit dat bijvoorbeeld hun schoenen te krap zitten, is hun voet op een A4-plaatsen, een lijn langs hun voet te trekken en de omtrek uitknippen. De uitgeknipte “mal” leg ik dan in hun schoen en vaak zie je dan dat je de “mal” moet kreukelen om in de schoen te kunnen leggen. Met name de ruimte voor de voorvoet is vaak te klein. Het is ook raadzaam om naar de hoogte van de voorvoet in de schoen te kijken, deze kan ook te laag zijn. Als de mensen nog niet overtuigd zijn, stel ik voor om in ieder geval goed schoeisel te dragen als ze gaan wandelen of de stad in gaan. Op die manier merken ze dan dat de “verantwoorde schoen” toch wel wat prettiger zit en dat ze minder rode drukplekken op hun tenen en voorvoet krijgen. Meestal gaan ze dan overstag en dragen de goede schoenen altijd. Je ziet dan ook dat de voet na verloop van tijd langer gaat worden. Dit komt omdat de voet eindelijk de ruimte krijgt om de strekken. De voet wordt korter als de voet jarenlang in een te kleine schoen geperst wordt. Denk maar aan de voetjes van Chinese vrouwen die ingebonden werden zodat ze niet konden groeien.

Typische plaatsen voor het ontstaan van drukulcera als gevolg van te kleine schoenen zijn de CM 1 en V. Het ontstaan van een huidlaesie doet er een paar uur over om te ontstaan, het is dan ook aan te raden om een paar keer per dag van schoenen te wisselen zodat het risico van continueerstress op 1 plaats door de schoen wordt vermindert.

Waaraan moet een goede schoen voldoen:

1. de schoen moet ongeveer 1 cm langer zijn dan de langste teen.
2. De tenen moeten vrij liggen in de schoen.
3. De schoen moet de voet goed omsluiten.

4. De ideale hakhoogte is 2,5 à 3 cm.
5. Het contrefort moet stevig zijn.
6. De schoen moet uit soepel leer bestaan.

Men kan het beste de schoenen in de namiddag kopen, dan zijn de voeten op hun dikst.  
De voeten moeten opgemeten worden, zowel links als rechts.  
Schoenen moeten geleidelijk ingelopen worden.  
Schoenen lopen niet uit, zeker niet in de lengte.

Als er roodheid, eeltvorming of zwelling ontstaat aan de voet, moet hier zeker aandacht aan besteed worden.

Mensen met een verhoogd risico wordt aangeraden om een inlegzool te dragen om zo overdruk tegen te gaan en een goede drukverdeling en schokdemping te krijgen.

Mensen in de hoogste risicogroep wordt aangeraden om orthopedisch schoeisel te dragen.

Deze mensen hebben vaker een ulcus gehad en hebben een morfologische deformiteit.

Conclusie: het belangrijkste aspect van de behandeling van de diabetische voet is het voorkomen van complicaties. Inspectie van de voet en van de schoen is hierbij van groot belang. Op deze manier kan tijdig ontdekt worden of de schoen een bedreiging vormt voor de voet.

J. Meijssen Diabetisch Centrum Bilthoven