

Hoe kan de eerstelijns- en de intramurale zorgverlener een at-risk foot herkennen?

Auteur: K. Bakker

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1996

Pagina: 58-60

Jaargang: 12

Nummer: 5

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden: Abstract WCS congres België 5-6 december 1996

Kernwoorden: diabetische voet diagnose huisarts

Literatuur:

De eerstelijns speelt een belangrijke rol bij het opsporen van diabetische voerafwijkingen. Naast het vroegtijdig herkennen door de huisarts van de problematiek door het afnemen van een gerichte anamnese en het verrichten van onderzoek, moet in therapeutische zin adequaat en tijdig worden gehandeld. Voldoende inzicht in de pathofysiologie is vereist om de (vroeg) symptomatologie van macro- en micro-angiopathieën en neuropathie te herkennen. Zonder deze grondige kennis wordt in voorkomende gevallen veelal te laat doorverwezen, waardoor amputaties niet te voorkomen zijn. Een voet at-risk moet tijdig worden herkend. Dat bij patiënten voorlichting een belangrijke rol dient te spelen in de preventie, wordt benadrukt.

Wat doet de huisarts met de diabetisch voet?

De taak van de huisarts is in de eerste plaats het bestrijden van risicofactoren voor het perifere vaatlijden. Hiernaast is een belangrijke taak weggelegd voor de voorlichting aan de patiënten en het nemen van preventieve maatregelen.

Uitvoerig wordt aandacht besteed aan de risicofactoren.

Uitgaande van de pathofysiologie kan er systematisch onderzoek van de diabetische voet plaatsvinden. Het belang ervan ligt in adequate diagnostiek van vaatlijden, neurootpathische veranderingen, botafwijkingen en het vroegtijdig herkennen van beginnende laesies.

Anamnese

De anamnese vormt de grondslag voor de juiste diagnose. Bij het afnemen van de anamnese moet men zich realiseren dat bij beginnende stoornissen de diabetespatiënt (nog) geen klachten zal hebben. Geleidelijk ontstaan er afwijkingen en zullen door een sluipend verloop vaak onopgemerkt kunnen blijven. Bovendien blijven nog veel patiënten uit onwetendheid of uit angst hun klachten verzwijgen.

Van belang is een gerichte anamnese: hoe en wanneer is de laesie ontstaan, zijn er

neuropathische klachten of staat de ischemie op de voorgrond? Zijn er aanwijzingen voor infectie, voor ontregeling van de diabetes? Hoe is de verzorging?

Lichamelijk onderzoek

De neuropathische versus de angiopathische voet is als uiterste van het spectrum van diabetische voetafwijkingen te beschouwen. Een combinatie van beide is natuurlijk onmogelijk.

Het lichamelijk onderzoek omvat inspectie en palpatie van de voet met als belangrijkste doel het aandeel van de neuropathie te onderscheiden van de factoren angiopathie. Het onderzoek bestaat uit inspectie, palpatie, uitgebreid neurologisch onderzoek en vasculair onderzoek. Het vaststellen van een ontsteking levert meestal minder problemen op, ofschoon het ontstekingsproces soms dieper blijkt te zitten dan men aanvankelijk vermoedt. Is dit het geval, dan is een goede beoordeling pas mogelijk na een uitgebreid wondtoilet.

Aanvullend onderzoek

Een aantal hulponderzoeken kunnen een bijdrage leveren aan de diagnostiek van de diabetische voet, zoals röntgenonderzoek, dopplersonderzoek, arteriografie, bacteriologisch onderzoek en neurofysiologisch onderzoek. Deze onderzoeken zullen echter vooral intramuraal plaatsvinden.

Richtlijnen voor het opsporen van perifere symmetrische diabetische polyneuropathie in de dagelijkse praktijk.

In oktober 1996 vond in Londen, op initiatief van de Internationale Diabetes Federatie (IDF), een consensusbijeenkomst plaats met als doel het opstellen van richtlijnen voor de zorg voor patiënten met diabetische neuropathie. De richtlijnen zijn met name bestemd voor de eerstelijns gezondheidszorg en hebben als belangrijk doel de vroege herkenning en behandeling van de diabetische perifere neuropathie en het voorkomen van ernstige voetproblemen, die kunnen leiden tot amputatie. De opgestelde richtlijnen zijn in België en Nederland goed bruikbaar voor de huisarts die het grootste deel van de patiënten met diabetes mellitus type II behandelt. De consensus geldt overigens ook voor alle type I diabetespatiënten.

De distale symmetrische polyneuropathie wordt in vier stadia verdeeld:

Stadium 0 t.e.m. stadium III.

Stadium I betreft de subklinische polyneuropathie.

Stadium II betreft symptomatische polyneuropathie

Stadium III betreft het eindstadium polyneuropathie, waarbij gedacht wordt aan het aanwezig zijn van een ulcus, status na doorgemaakt ulcus, ernstige standafwijking, Charcot's voet en status na amputatie.

Indien er sprake is van een neuropathie stadium II of III, dan dient de patiënt ervan doordrongen te worden dat de voeten gevoelloos zijn. In stadium II kan een symptomatische

behandeling noodzakelijk zijn. Stadium III hoort thuis bij de intramurale zorg: vroege signalering van problemen en zeer snelle doorverwijzing naar een gespecialiseerde (poli)kliniek is een absolute noodzaak. Op deze manier kunnen zeker veel amputaties worden voorkomen.

Risicoprofiel

De voet van de diabetespatiënt moet dus goed in kaart worden gebracht. Een risicoprofiel (wordt besproken) en de indeling in neuropathische stadia zijn goede hulpmiddelen in deze.

Prof. Dr. K. Bakker, Heemstede, Nederland.