

International Symposium Diabetic Foot

J. Roeleveld*

Introductie

Het International Symposium Diabetic Foot (ISDF) wordt eens in de vier jaar georganiseerd door de internationale werkgroep diabetische voet (IWGDF) in het World Forum in Den Haag, dit jaar voor de 9e keer. Het is een van de grootste en meest prestigieuze wetenschappelijke symposia wereldwijd gewijd aan problemen van de onderbenen en de voeten bij patiënten met diabetes mellitus. Dit verslag geeft een impressie van een zeer informatief en goed georganiseerd symposium waarbij alle aspecten van de diabetische voet aan bod kwamen.

Inleiding

Het ISDF (afbeelding 1) duurt drieënhalve dag en werd dit jaar gehouden van 10 tot 13 mei. Op de laatste dag werden, zoals gebruikelijk, de nieuwe richtlijnen gepresenteerd. Op basis van deze richtlijnen worden wereldwijd lokale protocollen en landelijke richtlijnen herzien. Het symposium wordt ook wel 'de Olympische Spelen van de diabetische voet' genoemd.

Diabetische voet: de verscheidenheid aan voetafwijkingen die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macroangiopathie, 'limited joint mobility' en andere gevolgen van metabole stoornissen, die meestal in combinatie voorkomen bij patiënten met diabetes.

Waarom nu drieënhalve dag praten over de diabetische voet. Is daar zoveel over te vertellen?

Na coronaire hartziekten en beroertes is diabetes mellitus de ziekte met de hoogste ziektelast in Nederland (1). In 2019 waren er naar schatting ruim 1,1 miljoen patiënten met diabetes mellitus bekend in de Nederlandse huisartsenpraktijken (prevalentie): 109.100 (10%) patiënten met type 1 diabetes en 1.028.700 (90%) patiënten met type 2 diabetes. Volgens de prognose zal vooral het aantal patiënten met type 2 diabetes stijgen: van 1,14 miljoen in 2025 naar 1,33 miljoen in 2040 (1). Deze prognose geldt niet alleen voor Nederland; wereldwijd zal er een enorme toename zijn van het aantal patiënten met diabetes mellitus.

Een diabetische voet is een van de complicaties van diabetes mellitus. In Nederland waren in 2015 ongeveer 20.000 patiënten met een diabetisch voetulcus. Bij 15 procent van deze patiënten leidde dit uiteindelijk tot een amputatie van (een deel van) het been (2). Een diabetisch voetulcus wordt afgekort als DFU.

Wereldwijd verliest elke twintig seconden een persoon een

been aan de complicaties van diabetes. Ongeveer de helft van deze mensen overlijdt binnen vijf jaar na de amputatie. Op dit moment lijden miljoenen mensen wereldwijd aan een slecht genezend ulcus. Het ontwikkelen en niet genezen van het ulcus heeft verschillende beïnvloedende factoren. Dat maakt de diabetische voet zo complex en dat vereist dat verschillende professionals meedenken in de preventie en behandeling (3)

Alle reden dus om volop in te zetten op het voorkomen van diabetes mellitus type 2, het voorkomen van een ulcus en als er een ulcus is ontstaan het zo goed mogelijk behandelen om bijvoorbeeld amputatie te voorkomen. Het ISDF is opgebouwd uit verschillende onderwerpen die allemaal te maken hebben met de diabetische voet: epidemiologie, preventie, biomechanica van de voet en offloading, slimme hulpmiddelen en nieuwe diagnostiek, psychologie en kwaliteit van leven, neuropathie, wondgenezing, infectie, perifeer arterieel vaatlijden, chirurgie, organisatie van zorg, voetzorg in ontwikkelingslanden, gespecialiseerde voetcentra, gipstechnieken, voorlichting en update van de richtlijnen (foto 1). Het is dan ook



Foto 1. Presentatie van de nieuwe richtlijnen.



Afbeelding 1. Logo ISDF.



Afbeelding 2. Logo IWGDF richtlijn preventie.

belangrijk om voor het congres al te bekijken welke presentaties je aanspreken. Zo kan je optimaal kennis vergaren.

Alle symposiumdagen begonnen met plenaire sessies met internationale (en nationale) wetenschappers op het gebied van de diabetische voet gevolgd door sessies over bovengenoemde onderwerpen en workshops. Het symposium is te groot om alles te kunnen beschrijven in dit verslag.

Daarom een paar opvallende sessies en de meest opvallende aanpassingen in de richtlijnen, zodat deze kennis nu al meegenomen kan worden in de dagelijkse praktijk om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt met een diabetische voet nog verder te verbeteren.

Patiënten worden steeds ouder en leven steeds langer met meerdere chronische aandoeningen. Zo ook de patiëntenpopulatie met een DFU.

Opvallende sessies

In de workshop 'Treating the whole geriatric patient and not the hole in the patient' werd hier aandacht aan besteed door twee Belgische artsen. Er werden twee casussen besproken die voor de zaal heel herkenbaar waren. Wat doe je bijvoorbeeld wanneer een patiënt mantelzorger is voor de partner en een plantair ulcus heeft. Volg je dan strikt het protocol en leg je een total contact cast (TCC) aan of kijk je als zorgverlener samen met de patiënt wat de mogelijkheden zijn en of deze toch nog auto kan rijden bijvoorbeeld. Daarnaast krijgen we natuurlijk te maken met patiënten die zeer kwetsbaar zijn, hoever ga je met behandelen van bijvoorbeeld het perifeer arterieel vaatlijden bij een patiënt die relatief weinig klachten heeft van het ulcus maar wel een groot risico op complicaties heeft tijdens en na een ingreep. Hier werd uitgebreid over gediscussieerd door de deelnemers. In sommige landen wordt altijd behandeld, in andere landen, zoals Nederland en België, is men meer terughoudend. Out of the box denken is bij deze groep nodig om persoonsgerichte zorg te kunnen geven, net als een intensieve samenwerking tussen de 1e en de 2e lijn.

Dr. Annemie Galimont, dermatoloog, gaf een bevolgen workshop: 'Diagnosis and management of skin and nail disorders on the foot'. 50% van de patiënten met diabetes mellitus krijgt uiteindelijk problemen met de huid. Nagel- en huidafwijkingen kunnen de eerste alarmsignalen zijn van diabetes mellitus of een slecht gereguleerde diabetes. Kijk dus verder dan alleen het ulcus!

Professor Sicco Bus gaf een lezing over de langetermijnuitkomsten in gebruik van de orthopedische huisschoen door mensen met diabetes. Het Amsterdam UMC doet veel onderzoek naar de diabetische voet. Patiënten met een hoog risico op een DFU krijgen vaak aangepast of volledig orthopedisch schoeisel voorgeschreven. Dit schoeisel is nodig om de druk op de voet te verminderen om zo ulcera te voorkomen of te behandelen. Deze schoenen moeten dan wel het grootste deel van de dag gedragen worden. Veel patiënten dragen hun schoenen maar een gedeelte van de dag of willen binnenshuis geen 'buitenschoenen' aan. Dan blijft er toch veel tijd over op een dag dat de voet niet goed beschermd is en kunnen er ulcera ontstaan. Een aangepaste huisschoen/slof wordt nu meestal niet vergoed maar dat zou in het kader van preventie wel wenselijk zijn.

V&VN wondexpertise organiseerde een sessie met als onderwerp: 'De zorg vanuit verschillende perspectieven en culturele achtergrond'. Deze sessie was Nederlands gesproken, wel even prettig om in je eigen taal een sessie te volgen. De sessie begon met een interview met een patiënt met een diabetische voet waarin vooral persoonlijke ervaringen naar voren kwamen. Het is vooral belangrijk om patiënten te betrekken in het hele proces en de afwegingen in de behandeling ook te benoemen.

In de presentatie van Carolien Smits, werkzaam bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, kwam weer naar voren dat mensen met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau vijftien jaar minder lang in goede gezondheid leven dan mensen met een hoger inkomen en een hogere opleiding. Ook de levensverwachting met bijvoorbeeld een laag inkomen is bij mannen 8,2 jaar korter

De term cultuursensitief werken kwam duidelijk naar voren.

en bij vrouwen 6,7 jaar. Dit zijn getallen die bekend zijn, maar het is toch goed om bij stil te staan en ook mee te nemen bij de patiënten die je in de praktijk ziet. De term cultuursensitief werken kwam duidelijk naar voren. Cultuursensitief werken betekent dat je rekening houdt met de culturele achtergrond en de waarden van de patiënt of cliënt, en daarop afgestemde zorg of ondersteuning biedt. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat je rekening houdt met religieuze of culturele voedingsgewoonten. Of dat een tolk wordt ingezet als de patiënt de Nederlandse taal niet goed beheerst. Het inzetten van een tolk in plaats van bijvoorbeeld een kind laten tolken werd duidelijk benoemd en geadviseerd. Een tolk vertaalt letterlijk wat er gezegd wordt, dit is bij familie niet altijd het geval. Opvallend was verder dat er vaak vanuit gegaan wordt dat de kinderen (dochters) van migranten altijd de zorg voor hun ouders willen opnemen, maar vraag dit altijd na. Ga er dus niet standaard vanuit.

Anneloes van Staa, lector transitie in de zorg, ging in op ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie in de praktijk. Wat heb je daarvoor nodig en hoe help je patiënten daarbij? Niet iedere patiënt zal in staat zijn regie te voeren ten aanzien van het eigen ziekteproces. Je hebt immers bepaalde vaardigheden nodig, onder andere probleemoplossend vermogen, besluitvaardigheid en het inzetten van hulpbronnen. Samen met de naasten van de patiënt kun je onderzoeken hoe deze vaardigheden ontwikkeld kunnen worden. Daarbij zijn de basisvaardigheden voor een goed gesprek belangrijk: neem ANNA mee (altijd navragen en nooit aannemen) en laat OMA (oordelen, meningen en adviezen) thuis. Op de website 'Tool Zelfmanagement Web - Kenniscentrum Zorginnovatie (opeigenbenen.nu)' vind je meer informatie over zelfmanagement.

Verder sprak een verpleegkundig specialist over haar rol in het project 'Gezond en Wel' over transmurale samenwerking bij kwetsbare ouderen. Zij gaf onder andere aan dat betrokkenheid van hulpverleners niet altijd betekent dat de benodigde zorg ook geleverd wordt en gewaarborgd is omdat de zorg meestal vraaggestuurd is. De meest kwetsbaren kunnen dit vaak niet.

Herziene richtlijnen

IWGDF Guidelines (3), een zeer korte impressie van opvallende adviezen in de verschillende herziene richtlijnen. Kijk voor volledige informatie op: <https://iwgdfguidelines.org/guidelines-2023/>

Preventie (afbeelding 2)

In de nieuwe richtlijn wordt specifiek geadviseerd om bij patiënten bij laag tot gematigd risico op een DFU oefeningen van de enkel en de voet voor te schrijven. Uit onderzoek blijkt dat dit onder begeleiding veilig kan. Daarnaast is het advies om, uiteraard met adequaat schoeisel, 1000 stappen per dag meer te zetten. Meer bewegen dus (4). Bij patiënten met hamertenen (reversibel) en risico op ulcera kan een flexor tendon tenotomy overwogen worden. Dit is minimaal invasieve ingreep waarbij een of beide flexor digitorum pezen aan de onderzijde van de teen worden doorgenomen. Op deze manier kan de teen weer in een normale positie gebracht worden. Hierbij wordt het risico op een ulcus of het opnieuw ontstaan van een ulcus op dezelfde plek verminderd. Deze ingreep kan onder lokale anesthesie uitgevoerd worden. Patiënten hoeven hiervoor niet opgenomen te worden (5). Daarnaast blijft het belangrijk om de patiënt en naasten te stimuleren tot het dagelijks controleren van de voeten op wondjes en het dragen van passend schoeisel.

Infectie

Gebruik geen huidthermometer om infectie aan te tonen (6).

Er is in de praktijk vaak discussie over het afnemen van wondkweken (swab). In de richtlijn infectie wordt uitdrukkelijk geadviseerd om weefselkweken of botkweken af te nemen (7).

Overweeg bij een uitgebreide infectie om antibiotica langer dan gebruikelijk voor te schrijven, tot wel vier weken. Dit is vooral belangrijk bij patiënten met een trage wondgenezing, bijvoorbeeld als er ook sprake is van perifere arterieel vaatlijden (PAV) (8).

Perifere arterieel vaatlijden

De concept richtlijn is nog niet beschikbaar op de website, deze wordt eerst voorgelegd aan de European Society for Vascular Surgery (ESVS) en aan de American Society for Vascular Surgery (SVS).

Een van de nieuwe aanbevelingen is: bij patiënten met diabetes mellitus, PAV en een DFU of necrose een fem-pop bypass van een eigen ader te overwegen in plaats van een endovasculaire behandeling wanneer beide behandelingen mogelijk zijn. Hierbij moeten uiteraard conditie en comorbiditeit van de patiënt altijd meegenomen worden.

Wondzorg

Het scherp debridement van een wond heeft nog steeds voorkeur boven een enzymatisch debridement. Maak alleen gebruik van een enzymatisch debridement in specifieke situaties of als er geen zorgverlener is die een scherp debridement kan uitvoeren (9,10).

Overweeg het gebruik van sucrose-octasulfategeïmpregneerde verbanden als aanvullende behandeling bij 'the best



Foto 2. Offloading.

standard of care' in een niet geïnfecteerd, neuro-ischemisch DFU wanneer na twee weken optimale behandeling, inclusief offloading, geen vermindering van het wondoppervlak heeft plaatsgevonden (11).

Overweeg hyperbare zuurstoftherapie en topical oxygen als aanvulling op de behandeling bij neuro-ischemische of ischemische DFU wanneer de standaardbehandeling gefaald heeft. De bewijskracht van verschillende onderzoeken hiervoor is laag.

Gebruik negativedruktherapie bij een DFU alleen als aanvullende behandeling na een chirurgische ingreep, bijvoorbeeld een amputatie van een teen waarbij de wond niet volledig gesloten is (12).

Gebruik geen antiseptische middelen of antimicrobiële verbanden voor een DFU om wondgenezing te realiseren (13).

Offloading

Het nummer 1 advies bij een neuropathisch, niet geïnfecteerd plantair ulcus van voor- of midvoet blijft een total contact cast (TCC), een vast onderbeengips dus. Als er contra-indicaties zijn voor een TCC kan er gekozen worden voor een afneembare onderbeenspalk of een enkelhoge gipsschoen. Wanneer hier geen mogelijkheden voor zijn kan offloading met bijvoorbeeld vilt een optie zijn. Natuurlijk is adequaat schoeisel van groot belang (foto 2). Als deze offloadingstechnieken niet leiden tot wondgenezing kan een achillespeesverlenging of een andere chirurgische behandeling van bijvoorbeeld de middenvoetsbeentjes overwogen worden (14).

Kon je niet aanwezig zijn op het ISDF 2023, maar heb je wel veel te maken met patiënten met een diabetische voet, over vier jaar is het volgende symposium, dus houdt 11 - 15 mei 2027 vast vrij in je agenda!

Literatuur

1. Diabetes mellitus in Nederland. Prevalentie en incidentie: heden, verleden en toekomst. M.Nielen et al. NIVEL/RIVM 2020)
2. Richtlijndatabase; Diabetische voet, 2020
3. Introduction to the work of IWGDF Guidelines - IWGDF Guidelines.
4. Van Netten JJ, Sacco ICN, Raspovic A, et al. **Clinical and biomechanical effectiveness of foot-ankle exercise programs and weight-bearing activity in people with diabetes and neuropathy: a systematic review and meta-analysis.** Diab Metab Res Rev, 2023;in press
5. Van Netten JJ, Raspovic A, Lavery LA, et al. **Prevention of foot ulcers people with diabetes at risk of ulceration: a systematic review and meta-analysis.** Diab Metab Res Rev, 2023; in press
6. Armstrong DG, Lipsky BA, Polis AB, et al. **Does dermal thermometry predict clinical outcome in diabetic foot infection? Analysis of data from the SIDESTEP* trial.** Int Wound J, 2006;3:302-7
7. Gardner SE, Frantz RA. **Wound bioburden and infection-related complications in diabetic foot ulcers.** Biol Res Nurs, 2008;10:44-53.
8. Peters EJ, Lipsky BA, Aragon-Sanchez J, et al. **Interventions in the management of infection in the foot in diabetes: a systematic review.** Diabetes Metab Res Rev, 2016;32(Suppl 1):145-53
9. Jimenez JC, Agnew PS, Mayer P, et al. **Enzymatic Debridement of Chronic Nonischemic Diabetic Foot Ulcers: Results of a Randomized, Controlled Trial.** Wounds-a Compendium of Clinical Research and Practice, 2017;29(5):133-9
10. Nube VL, White JM, Brewer K, et al. **A Randomized Trial Comparing Weekly With Every Second Week Sharp Debridement in People With Diabetes-Related Foot Ulcers Shows Similar Healing Outcomes: potential Benefit to Resource Utilization.** Diabetes care, 2021
11. Edmonds M, Lázaro-Martínez JL, Alfayate-García JM, et al. **Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial.** The lancet Diabetes & endocrinology, 2018;6(3):186-96.
12. Normandin S, Safran T, Winocour S, et al. **Negative Pressure Wound Therapy: Mechanism of Action and Clinical Applications.** Semin Plast Surg, 2021;35(3):164-70.
13. Senneville E, Lipsky BA, Abbas ZG, et al. **Diagnosis of infection in the foot in diabetes: a systematic review.** Diabetes Metab Res Rev, 2020;36 Suppl 1:e3281.
14. Lazzarini PA, Armstrong DG, Crews RT, et al. **Effectiveness of offloading interventions for people with diabetes-related foot ulcers: a systematic review and meta-analysis.** Diab Metab Res Rev, 2023;in press

*Jeannette Roeleveld, verpleegkundig specialist vaatchirurgie Radboudumc, Nijmegen.

Lid WCS Commissie Diabetische voet en lid van de redactie WCS Nieuws