

# EEN KWESTIE VAN PERSPECTIEF

J. Rosier\*

Vaak weet je als professional op basis van ervaring welke behandeling de kwaliteit van leven voor een patiënt kan verbeteren. Maar wat als de patiënt die behandeling niet wil? Die vraag staat centraal in de hiernavolgende casus van Véronique Oostendorp, wond- en decubitusconsulent in het Amphia ziekenhuis in Breda en Oosterhout. De casus gaat over een diabetespatiënt die al jarenlang veel hinder ondervindt van een voetulcus.

## DE PATIËNT

### 'ALLEEN DIE STOMME POOT'

Een 63-jarige man met diabetes mellitus type 1 is een vaste bezoeker van de voetenpoli. Meer dan twintig jaar heeft hij diabetische voetulcera, eerst aan zijn linker voet en nu al tien jaar aan zijn rechter voet. Hij gebruikt insuline via een onderhuids geïmplanteerde insulinepomp. Als gevolg van diabetes heeft hij ook regelmatig problemen met zijn ogen en zijn nieren. Toch vindt hij zelf dat er eigenlijk niets met hem aan de hand is. 'Alleen die stomme poot', dat is het enige volgens hem. Hij vindt het belangrijk dat de buitenwereld niets van zijn aandoening merkt en daarom weigert hij op de aangepaste schoenen te lopen die al verschillende keren voor hem zijn gemaakt. Maar de problemen met zijn rechtervoet zijn inmiddels zo ernstig dat volgens het multidisciplinaire behandelteam amputatie eigenlijk nog de enige uitweg is. Daarna zou

hij kunnen leren lopen met een onderbeenprothese. De patiënt peinst daar niet over: het enige wat voor hem telt is het behoud van zijn voet.

Hij woont alleen en verbindt zelf thuis het voetulcus. Alleen als hij door oogproblemen niet meer zelf zijn wond kan verbinden – en dat komt met enige regelmaat voor – komt hij naar de voetenpoli.

## DE VOORGESCHIEDENIS CHARCOT VOET

Vijftien jaar geleden zijn bij de patiënt vanwege diabetische voetulcera aan de linkervoet drie tenen geamputeerd. Vijf jaar daarna zijn aan rechervoet ook drie tenen geamputeerd. Maar in deze rechtervoet zit het bot zo dicht op het huidoppervlak dat er door de druk bij het staan en het lopen ulcera aan de onderkant van de voet zijn ontstaan. De rechter voet is een Charcot voet, een doorgezakte voet die vooral bij

diabetespatiënten voorkomt.

Diabetespatiënten hebben vaak vervormingen van de voet als gevolg van ischemie en neuropathie, die de kleine spiertjes in de voet aantasten. Ook ontstaat door veranderingen van het bindweefsel vaak 'limited joint mobility', een verminderde beweeglijkheid van de voetgewrichten. De vervormingen van de voet kunnen weer tot andere gevolgen leiden. Er kunnen breukjes in de middenvoetsbeentjes ontstaan zonder dat de patiënt dit in de gaten heeft; de sensibiliteit in de voet is immers verstoord. Zo ontstaat een Charcot voet.

Door de ingezakte voet is er bij de patiënt in deze casus tijdens het staan en lopen voortdurend druk op de voorvoet. Het ulcus kan niet genezen en daarom is amputatie de beste optie. Tot die conclusie komt het multidisciplinair behandelteam van de diabetische voetenpoli, dat bestaat uit een chirurg, een revalidatiearts, een gipsverbandmeester, een orthopedisch schoenmaker, een podotherapeut en wond- en decubitusconsulent Véronique Oostendorp. Met een onderbeensprothese heeft de patiënt uiteindelijk een betere kwaliteit van leven dan met een niet genezend ulcus dat bovendien een risico vormt voor infectie en sepsis. Maar de patiënt vindt dat hij met een prothese geen volwaardig leven meer heeft en wijst amputatie heel beslist af. Hij raadpleegt verschillende artsen in andere ziekenhuizen, maar die kunnen geen betere oplossing bieden.

## 2003

**AL JAREN GEEN VOORUITGANG**  
Het ulcus onder de rechervoet



Foto 1. Zo zag de wond er al jaren uit.



Foto 2. Na het lossnijden van eelt. De bloedingen die hierbij ontstonden activeerden het wondgenezingsproces niet.

varieerde in de loop van de jaren wel iets in vorm en grootte, maar het totale beeld bleef onveranderd. De wond is bol, er lijkt sprake van hypergranulatie (foto 1). Door de vervormingen ontstaat op de voorvoet extra druk tijdens het lopen en er vormt zich eelt. Zo ontstaat rondom de wond een stugge rand. Die eeltrand moet regelmatig weggehaald worden. Op foto 1 is te zien waarom: aan de linkerkant is een plooi tussen de wond en de eeltlaag waar de huid geen contact maakt met de wond. Het gevaar van zo'n stugge eeltlaag is dat de wond daar de huid gaat ondermijnen. Als een wond al zo lang bestaat, is er geen actief wondgenezingsproces

meer. Door bij het lossnijden van het eelt wat dieper te snijden, ontstaat er een bloeding (foto 2) en daardoor komt soms de wondgenezing weer op gang. Bij deze wond gebeurde dat niet.

De wond is afwisselend verbonden met Acticoat en Aquacel. Acticoat is een zilverband dat gekozen is vanwege de antibacteriële werking. Met het terugdringen van de bacteriën werd mede beoogd om de sterke geur terug te dringen. Zilververband kan wel problemen geven als het lange perioden wordt gebruikt. Als het weefsel langdurig zilver opneemt, kan het neerslaan in de capillairen waardoor deze verstoppert. Dit is waarneembaar aan een grijze kleur



Foto 3. Vanaf dit moment wordt nog een keer alles op alles gezet om de wond dicht te krijgen.

## REAGEREN OP DEZE CASUS?

Ga naar [www.wcs-nederland.nl](http://www.wcs-nederland.nl) (> nieuws > casusbespreking). Daar kun je ook de reacties lezen die anderen hebben geplaatst.

van de vaten. Als de wond extreem veel vocht produceerde, werd overgeschakeld op Aquacel, een hydrofibre verband dat het exsudaat opneemt en tegelijkertijd de wondranden droog houdt.

## OKTOBER 2003 SECOND OPINION

Het behandelteam vraagt een second opinion bij de diabetische voetenpoli van Jef van Baal en Erik Manning in Almelo. Het Almelse team komt tot dezelfde conclusie: de wond is wel dicht te krijgen als hij niet wordt belast, maar zodra de patiënt weer op zijn voet gaat staan, komt de wond terug. De keuze is dus: òf een onderbeenamputatie en leren lopen met een prothese òf blijven doorsukelen met de wond.

De patiënt is erg teleurgesteld dat er geen andere oplossing is maar hij blijft erbij dat hij geen amputatie wil. Het team heeft met hem al vaker de gevolgen van zijn keuze besproken: hij blijft beperkt in zijn mobiliteit, hij kan maar kleine stukjes lopen of fietsen, en moet regelmatig zijn wond verbinden. Maar voor de patiënt is het behoud van zijn voet het belangrijkste.

## SEPTEMBER 2004 VOORSTEL: NOG ÉÉN POGING

De wond is weer omgeven door een forse eeltlaag (foto 3). Er zijn geen verschijnselen van infectie, wel bevat de wond veel bacteriën. Een andere chirurg (de vorige chirurg is met pensioen gegaan) stelt de patiënt voor nog een keer alles op alles te zetten om de wond dicht te krijgen. Ze wil daarvoor VAC-therapie (vacuum assisted closure) inzetten en dat betekent een aantal weken ziekenhuisopname. De patiënt stemt er niet direct mee in, hij ziet er



Foto 4. Voorspoedige genezing door VAC-therapie en rust voor de voet.

tegenop zijn zelfstandige leven thuis tijdelijk op te moeten geven. Maar uiteindelijk gaat hij met het voorstel akkoord. De chirurg laat hem beginnen met antibiotica.

#### NOVEMBER 2004

##### START VAC-THERAPIE

Begin november volgt opname en start de VAC-therapie. De ligging van de wond vlakbij de tenen en de grootte maken het lastig om het 'sponsje' en het afdekkende folie aan te brengen die voor deze behandeling nodig zijn. Twee keer per week wordt het materiaal verwisseld. Eind november is de wond dieproud, minder diep en ziet er rustiger uit. De verbetering zet zich de weken daarna voort (foto 4). De genezing

verloopt mede zo voorspoedig omdat de voet rust heeft en niet wordt belast. De patiënt ligt in bed met zijn been omhoog en gaat van uit bed direct in de rolstoel.

#### DECEMBER 2004

##### BEHANDELING VOORTGEZET IN VERZORGINGSHUIS

De patiënt wil het liefst terug naar huis met wijkverpleging om de VAC-therapie voort te zetten. Maar het team voorziet dat hij dan waarschijnlijk zijn voet al weer zal belasten voordat de wond is genezen. Omdat het 'nu of nooit' is, stemt de patiënt er uiteindelijk in met een tijdelijke opname op een logeerkamer van een verzorgingshuis. Twee keer per week komt hij terug op de poli.



Foto 5. De VAC-therapie wordt gestopt. De voet is steeds onbelast gebleven.

De wond geneest goed. Tijdens het polibezoek bespreekt Véronique telkens zijn toestand en wijst hem op de hamvraag: hoe houden we straks de wond dicht? De revalidatiearts heeft voorgesteld een schoen te laten maken met een grote hak zodat op de voorvoet vrijwel geen gewicht komt. Opnieuw weigert de patiënt stellig: 'Ik ga niet op zulke belachelijke schoenen lopen.'

#### FEBRUARI 2005

##### VAC-THERAPIE GESTOPT

De wond is nu zo klein dat er geen VAC-spons meer inpast (foto 5). De behandeling wordt gestopt en de wond wordt twee keer per week verbonden met Acticoat Absorbent. De patiënt gaat terug naar huis en krijgt het advies zijn voet voorlopig zo min mogelijk te belasten. Hij is somber vanwege de onzekerheid over zijn voet.

#### MAART 2005

##### WOND VRIJWEL GESLOTEN

Begin maart stelt de chirurg vast dat het wondje geïnfecteerd is en schrijft antibiotica voor. De patiënt loopt al weer wat. Half maart is de infectie over. Van de wond rest nog een klein sneetje dat niet meer verbonden hoeft te worden (foto 6). Opnieuw wordt eelt van de voet verwijderd. De patiënt komt vanaf nu onder de hoede van de podotherapeut en de revalidatiearts.

#### JUNI 2005

##### VERKEERDE SCHOENEN

De voet ziet er rustig maar kwetsbaar uit, op de voetzool zit een litteken en een flinke korst. De patiënt draagt volstrekt insufficiënt confectieschoeisel. De revalidatiearts geeft opnieuw het advies op halfhoog orthopedisch schoeisel met een verzwaring onder de hiel te lopen om de voorvoet zo min mogelijk te belasten. Maar de patiënt wil daar niets van weten: het gaat nu goed, vindt hij.

Terugkijkend op de zorg voor deze patiënt blijft Véronique Oostendorp vooral met vragen achter. In feite is het wachten tot de wond weer terugkomt. En dan? Waar leg je als hulpverlener je grens? Hoe lang moet je doorgaan als iemand een adequate



Foto 6. De wond is gesloten, maar voor hoe lang?

behandeling afwijst? Hoeveel geld wil de gezondheidszorg in deze patiënt steken? Het team heeft gezegd dat hij nu voor de laatste keer is geholpen en dat hierna amputatie

nog de enige optie is. Kan het team dat volhouden als de patiënt geen amputatie wil?

\* Joop Rosier

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

## HET WCS CLASSIFICATIE KAARTJE

ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL OP ZAK.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts € 0,50 per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

**DE WCS BESTELLIJN: 0252-230026.**

# Revamil® hydrofiele gel gemaakt van honing

Ontwikkeld in samenwerking met Wageningen Universiteit Research Centre

## Bevordert weefselregeneratie

Revamil heeft een sterk hydrofiele werking en creëert daardoor een vochtig, herstellend wondmilieu.

## Patiënt vriendelijk

Revamil is een zachte gel die door de lichaamstemperatuur goed over en in de wond uitvloeit.

## Antibacterieel

Revamil geeft een langdurige antibacteriële bescherming.

## Anti-inflammatoir

Revamil heeft een hoge antioxidant capaciteit waardoor schadelijke zuurstof radicalen worden weggevangen.

## Zuiver

Door productie in beschermde kassen met gezonde geselecteerde bijenvolken is Revamil puur en zonder residuen.

## Betrouwbaar

Door een zorgvuldige en efficiënte kwaliteits controle is Revamil 100% reproduceerbaar.



Inhoud tube:	Productcode:	Z-Index nummer:
18 gram	PHREVA18BF	14934426

Revamil hydrofiele honing gel is verkrijgbaar in tubes van 18 gram en wordt vergoed. CE 0344