

DOORGAAN OF AMPUTEREN? WONDCASUS DIABETISCHE VOET

B. den Boogert*

Een diabetische voetwond kan een van de complicaties zijn van diabetes mellitus.

Onder een diabetische voet wordt verstaan een verscheidenheid aan voetafwijkingen, die ontstaan ten gevolge van neuropathie(zenuwafwijkingen), macro-angiopathie(afwijkingen van de grote bloedvaten), 'Limited Joint Mobilty'(beperkte gewrichtsbewegelijkheid) en andere gevolgen van metabole (stofwisseling) stoornissen, die meestal in combinatie voorkomen met diabetes mellitus (definitie diabetische voet 1998).

Een lange definitie, waarin de drie belangrijkste oorzaken van het ontstaan van een wond aan de voet, genoemd worden. Dit laatste is het grootste gevaar voor diabetes patiënten met een voetprobleem: een wond die niet dicht wil gaan.

CIJFERS.

In Nederland telt men ongeveer 400.000 patiënten met diabetes mellitus, dit betekent dat er 100.000 patiënten een diabetische voet hebben of zullen krijgen. Er is nog een categorie patiënten die wel al langer klachten hebben, maar de klachten zijn nog niet ernstig genoeg om naar de dokter te gaan. Deze groep wordt geschat op 100.000 patiënten. Hiervan zal 25% een voetprobleem hebben of krijgen. Uitgaande van bovenstaande cijfers betekent dit, dat er (voorzichtig geschat) in Nederland tussen de 10.000 en 12.500 patiënten zijn met een voetulcus!

Niet genezende wonden bij diabetes patiënten leiden vaak tot zeer langdurige ziekenhuisopnames. Zo is gebleken dat de duur van een ziekenhuisopname van een diabetes patiënt met een voetulcus, 59% langer is dan voor een patiënt die met een andere reden is opgenomen. Het aantal amputaties ten gevolge van een voetulcus is zorgelijk: in 1992 vonden er 3335 amputaties plaats. Hiermee is nog niet alle ellende rond een amputatie verteld. Het overlijdensrisico bij een voet – of been amputatie is hoger, dan bij amputaties van niet diabetes patiënten. Uit statische analyse blijkt dat in 1992, 9% van de patiënten met een amputatie overlijdt.

PREVENTIE.

Voorkomen is beter dan genezen, is een gevleugelde gezegde, maar dit geldt zeer zeker voor de diabetische

voet.

De vier belangrijkste maatregelen van de hulpverleners voor de diabetische voet zijn:

- ✓ Het geven van voorlichting.
- ✓ Het geven van voetverzorging.
- ✓ Het geven van schoenadvies.
- ✓ Het laten behandelen van voetafwijkingen.

Zonder meer verdient de 'diabetische voet' intense aandacht van allen, die beroepsmatig met diabetes patiënten bezig zijn.

DOORGAAN OF AMPUTEREN?

Voor deze vraag stond de patiënt dhr G. en de vaatchirurg op 28-06-01!

VOORGESCHIEDENIS:

Bij dhr. G. is in 1995 diabetes mellitus geconstateerd. In 1996 kreeg hij een wondje onder zijn rechter teen. Dhr werd daarvoor opgenomen in het IJsselland ziekenhuis. Bij opname was de teen zo geïnfecteerd, dat deze geamputeerd moest worden. Helaas bleef het niet bij deze amputatie. Door complicaties en een slecht genezingsproces moest na enkele dagen het rechter onderbeen geamputeerd worden. Meneer kreeg een beenprothese en kon hij na enige tijd uit het ziekenhuis ontslagen worden. Ondanks de preventieve maatregelen kreeg meneer toch weer een wondje aan zijn linkervoet. Meneer G. was onder controle bij de internist en de diabetes verpleegkundige. Om zijn voedingstoestand in de gaten te houden ging hij regelmatig voor een gesprek bij de diëtis-

te langs. Ook kreeg hij bij de diabetes verpleegkundige een brochure waar men nog duidelijk het belang van goed schoeisel en van dagelijkse voetcontrole uitlegde.

Zoals de voeten inspecteren met een spiegel, sokken zonder naden dragen. Meneer ging regelmatig op controle bij een pedicure, met diabetische aantekening.

WOND:

Zo was de schrik dan ook erg groot toen hij een eksteroog zag aan zijn linker voet met een zwart plekje. In eerste instantie leek het wel een bloedblaar. Toch maar even naar de huisarts voor advies, deze zag de voet en constateerde dat het een ontstoken wondje was en schreef Flamazine® zalf voor. Vijf dagen later kreeg de patiënt koorts en consulteerde opnieuw de huisarts, deze stuurde meneer gelijk door naar het IJsselland ziekenhuis. Daar werd hij opgenomen op de chirurgische afdeling.

DIAGNOSE:

Meneer G. had de ziekte diabetes mellitus en een geïnfecteerde wond aan zijn linkerteen. Hij had hoge koorts. Verder was patiënt ook in de war.

OPERATIE:

Meneer werd direct geopereerd. De wond werd schoongemaakt en twee tenen waren al zo slecht dat er geen kans was om deze te redden. Zij werden geamputeerd. Terug op afdeling had meneer een infuus met antibio-



28-06-01



4-7-01 na vac pomp therapie

tica en vocht, de bloedsuikers werden geregeld door een insuline pomp. Meneer kreeg goede pijn bestrijding en bedrust. Omdat hij een patiënt was met een verhoogd risico werden maatregelen getroffen om decubitus te voorkomen. Op 28-06-01 werd ik gevraagd voor wond advies bij deze patiënt. De wond was droog en de pezen lagen aan de oppervlakte er was een matig geel beslag aanwezig aan de bovenkant van de wond en wat necrose op de top.

WONDBEHANDELING:

Doordat een vochtig wondbeleid hier geïndiceerd was werd er besloten de wond door middel van een gelproduct vochtiger te maken. Ondanks deze behandeling werd de wond op 2-7-01 groen en was de geur weeïg. Na onderzoek bleek de bacterie, pseudomonas, in de wond te zitten.

Om de pseudomonas bacterie te bestrijden werd over het gelproduct een koolstofverband geïmpregneerd met zilver gedaan. De actieve koolstof absorbeert micro-organismen, die daarna door het zilver worden gedood. Door middel van de blokkade van het ademingsmechanisme van de bacteriële cel heeft het een goede antibacteriële werking tegen pseudomonas. In eerste instantie is ook nog azijnzuur 2% kompressen (dagelijks 10 minuten)geprobeerd, maar de patiënt gaf erg veel pijn aan. Het was ook geen mogelijkheid om een alginaat product te gebruiken met een paar druppels azijnzuur 2%.

De wond was daar te droog voor. Het alginaat geleerde niet. Ondanks deze wondbehandeling nam de necrose toe. Er werd wederom besloten voor necrotomie op de operatie kamer.

De wond zag er beter uit en er werd besloten tot een vacuüm therapie. Aanvankelijk ging de wond met kleine sprongen vooruit maar op 23-7-01 was het beslag weer groen maar wel met meer vocht productie. De pomp werd er afgehaald en er werd gestart met de wondbehandeling, een alginaat product met een paar druppels azijnzuur. Dit keer geleerde het alginaat wel. De hiel van de voet werd pijnlijk en rood ondanks de voorzorgsmaatregelen. Hier werd een schuimverband op gedaan. Op 2-8-01 vertoonde de wond meer geel, groenig beslag bij de derde teen. Meneer werd weer geopereerd, necrotomie van de wond en voetversmalling.

Intussen was er een vaatonderzoek gedaan en de uitslag was gelukkig goed, er was genoeg doorbloeding. Tijdens zijn ziekenhuis opname kreeg meneer extra bijvoeding.

ONTSLAG:

Op 8-8-01 was de wond rood maar droog zodat het alginaat verband met een paar druppels azijnzuur niet goed verzadigd was. Ik ben toen overgegaan op azijnzuurkompressen 2% voor 10 minuten, omdat vaak de bacterie langer in de wond blijft zitten, ook al zie je dit klinisch niet. Dit keer kon hij de azijnzuurkompressen beter verdragen en daarna gingen we

over op een gelproduct.

De decubitus wond aan zijn hiel was open en vertoonde geel beslag. De behandeling werd een aquafiber verband afgedekt met een schuimverband.

De voet wond werd rustig en meneer werd ontslagen met goede thuiszorg. We hielden wekelijks contact over hoe de wond eruit zag. De bijvoeding werd thuis voortgezet. Zo zag ik meneer vaak op de polikliniek chirurgie terug. De wond werd steeds kleiner. De behandeling was nog steeds met een gelproduct. Op 18-9-01 konden de azijnzuurkompressen gestopt worden omdat er geen aanleiding meer was aan te nemen dat de pseudomonasbacterie er nog in zat.

Op 13-11-01 was de hiel wond dicht. En in december was de voetwond dicht en kreeg meneer speciaal schoeisel aangemeten zodat hij geen drukplekken meer zou hebben aan zijn voet.

Zowel de patiënt als ik waren soms in vertwijfeling over het genezingsproces!

Maar de positieve houding van meneer en zijn vrouw en het Gods vertrouwen, waar meneer ontzettend in geloofde, hebben bijgedragen aan de genezing. Wij hadden afgesproken dat wanneer de wond dicht was we samen koffie gingen drinken in het restaurant. Elke keer als de wond kleiner werd dan roken we de koffie! Mijn overtuiging is dat wondbehandeling nooit op zichzelf staat, maar gebaat is bij een holistische aanpak. De verpleegkundigen op de afdeling,



4-9-01



13-11-01

de arts, de diëtist, de fysiotherapeut en de wondverpleegkundige; dit alles heeft bijgedragen tot een goed genezingsproces.

* Barbara den Boogert, Decubitus/
wond verpleegkundige IJsselland zie-
kenhuis Capelle aan de IJssel

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

DE WCS POSTER "CLASSIFICATIEMODEL"

NIEUWE VERSIE
ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL
ZICHTBAAR OP UW AFDELING.

Deze overzichtelijke poster met het bekende WCS Classificatiemodel siert elke werkplek.

Deze poster kost slechts € 1,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendingskosten) en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.

HIER KAN UW ADVERTENTIE STAAN

BENT U OP ZOEK NAAR EEN DECUBITUSCONSULENT, EEN WONDVERPLEEGKUNDIGE, EEN BRANDWONDENVERPLEEGKUNDIGE, EEN PODOTHERAPEUT, EEN HUIDTHERAPEUT, EEN STOMAVERPLEEGKUNDIGE OF EEN NIEUWE MEDEWERKER VOOR UW BEDRIJF MET EEN GROTE AFFINITEIT OP HET GEBIED VAN DE WONDZORG O.I.D., DAN KAN ADVERTEREN BINNEN DE LEZERS VAN HET WCS NIEUWS HEEL EFFECTIEF ZIJN.

ELKE PERSONEELSADVERTENTIE IN HET WCS NIEUWS WORDT OOK GEDURENDE TWEE WEKEN OP ONZE INTERNETSITE GEZET.

HET WCS NIEUWS WORDT DOOR ONGEVEER 15.000 PERSONEN GELEZEN. MEER INFORMATIE, WAARONDER DE TARIEVEN, IS TE VINDEN OP ONZE INTERNETSITE WWW.WCS-NEDERLAND.NL