

# Diepe wond na amputatie van de hallux, bij een patiënt die niet naar de tweede lijn wil

A. Mooij\*

**In september 2017 belt huisarts H. me op, omdat ze met de handen in het haar zit. Ze vraagt me of ik wil gaan kijken bij meneer R. in het centrum van Amsterdam. Hij is een man van boven de tachtig die alleen woont op een bovenwoning. Hij wil zo weinig mogelijk hulp. Hij kan niet voor controle naar de wondpoli omdat hij niet zonder hulp het huis uit kan en er is niemand die hem kan helpen. Bovendien geeft hij stellig aan dat hij 'nooit meer naar het ziekenhuis wil'.**

Tien maanden eerder, in november 2016, is zijn hallux geamputeerd nadat deze necrotisch was geworden. Na ontslag uit het ziekenhuis is hij weer naar zijn eigen huis gegaan. Hij wilde niet naar een revalidatieplek en ook wilde hij geen hulp voor de wondverzorging. Als de huisarts op huisbezoek gaat treft ze de patiënt aan met een diepe open wond, die niet afgedekt is. Het huis van meneer is erg vol en vervuild. Eens in de twee weken komt de hulp om het huis schoon te maken en de buurman doet boodschappen voor hem. Er zijn geen geschikte en al helemaal geen schone materialen aanwezig om onder de voet te plaatsen; de minst slechte manier om de wond te inspecteren en te verzorgen is als meneer de voet op de salontafel op de tv-gids legt.

## Wondzorg

Samen met de huisarts ga ik naar deze patiënt toe. Aan de binnenzijde van de rechtersvoet, waar de hallux heeft gezeten, is een wond met een omvang van twee cm. De wondbodem heeft 100% gele necrose en is droog. Na uitvoeren van scherp debridement is de wondbodem 100% rood en vitaal en meten we een diepte van een cm (foto 1). Met een steriele metalen knopsonde voelen we botcontact. Een vochtig wondmilieu bevordert de wondgenezing (1,2). Mogelijk is de wondgenezing vertraagd omdat er geen vochtige wondbehandeling is toegepast. Meneer loopt weinig, zit bijna de hele dag in een stoel televisie te kijken. Hij heeft orthopedische schoenen die na de amputatie nog zijn aangepast. Hij loopt op blote voeten omdat hij, net als veel andere diabetespatiënten, denkt dat de aangepaste schoenen alleen buiten gedragen dienen te worden. De huisarts verwacht van mij dat ik de wondzorg overneem. Maar gezien zijn uitdrukkelijke wens om zoveel mogelijk zelf de regie te houden besluiten we met zijn drieën dat hijzelf de wond gaat verzorgen en dat ik hem hierin zal instrueren en begeleiden. Ik geef hem instructies om twee- tot driemaal per week het wondje te reinigen en

daarna op te vullen met alginaat en af te dekken met een eilandpleister. Ik maak een machtiging voor hem aan bij een leverancier voor medische hulpmiddelen en ik laat de verbandmaterialen bij hem thuisbezorgen. In het algemeen is reinigen van de wond met kraanwater voldoende (1,2). Echter, in verband met de vervuilde leefomgeving instrueer ik deze man om voor iedere verbandwissel een nieuw flaconnetje met 10 ml NaCl 0,9% te gebruiken om de wond te spoelen. Ook adviseer ik hem om zowel binnen als buitenshuis altijd zijn aangepaste schoenen te dragen (1,2) en om zo min mogelijk te roken.

## Schoeisel

Drie dagen later ga ik weer bij hem langs. Ik stel vast dat hij de wond goed heeft verzorgd. Hij draagt zijn schoenen de hele dag, maar door de neuropathie in zijn handen kan hij het klittenband niet vastmaken. Daardoor zitten de schoenen te los waardoor er een verhoogd risico is op schuifkrachten en op vallen. Ik bel de firma die de schoenen heeft gemaakt en op mijn verzoek komen ze twee weken later bij hem langs. Ze nemen zijn schoenen enkele dagen mee en maken aan de klittenbandsluiting een metalen ring waar de vinger doorheen kan. Hiermee kan meneer de sluiting goed aantrekken. In de weken erna



Foto 1. Wond bij aanvang van de wondbehandeling.



Foto 2. Na twee maanden wondbehandeling.

bezoek ik hem om de week om de wondbodem en de wondranden scherp te debrideren; dit bevordert de genezing (1,2) en om hem te begeleiden en te ondersteunen in het verbinden van de wond. De wond geneest goed; twee maanden na aanvang van de zorg is er nog een gaatje van 1 mm, met botcontact (foto 2).

## Secundaire preventieve maatregelen

Het is tijd om goede secundaire preventieve maatregelen te regelen. Na een amputatie is er sprake van 'Simm's 3' wat een sterk verhoogd risico betekent (1). Daarom is er indicatie voor elke een tot drie maanden een voetonderzoek/controle/behandeling. Deze zal worden uitgevoerd door de (diabetes)podotherapeut, die een deel van de behandeling kan delegeren naar een medisch pedicure (1).

Ik spreek mijn netwerk aan en vindt een diabetespodotherapeut die er niet voor terugdeinst om deze patiënt thuis te bezoeken. Zelfs niet nadat ik haar informeer over de



Foto 3. De salontafel als werkbank.

ongunstige werkomstandigheden. Wanneer zij de man thuis bezoekt kom ik even meekijken. Ze heeft een eigen celstof onderlegger meegenomen en gebruikt de salontafel als werkbank. Het geeft me vertrouwen om te zien dat deze zorgverlener 'out of the box' denkt en net als ik van mening is dat deze zorgvrager recht heeft op zorg thuis, ondanks de minder ideale werkomgeving (foto 3).

Op dat moment is het gaatje ook dicht en is de wond helemaal droog. De podotherapeut verzorgt beide voeten en doet een uitgebreid voetonderzoek met de Doppler, een huidthermometer, het monofilament en de stemvork. Ze stelt vast dat de signalen van de vaten deels monofasisch zijn, wat een aanwijzing kan zijn voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV) (1). Normaal zou dit reden zijn om aanvullend vaatonderzoek te overwegen. Maar omdat deze patiënt heeft aangegeven dat hij 'nóóit meer naar het ziekenhuis gebracht wil worden, ook niet in nood', besluiten we samen met hem en met de huisarts om dit niet te doen. De man had voorheen een pedicure, 'een lieve meid' die hij liever houdt. Omdat zij geen medisch pedicure is en geen contract met een podotherapeut heeft afgesloten, wordt haar zorg niet vergoed. We raden de patiënt aan om de voetzorg te laten overnemen door een medisch pedicure en hij stemt hier mee in. Op zijn verzoek bellen we zijn vertrouwde pedicure en leggen de situatie uit. Ze begrijpt het.

## Aangepaste zorg

Deze casus laat een situatie zien zoals ik die in toenemende mate tegenkom in mijn werk. Zorgvragers met complexe wonden thuis die niet naar het ziekenhuis kunnen en/of willen, maar waar goede, op de persoon aangepaste zorg nodig is. Voor mij was dit de reden om over te stappen van het ziekenhuis naar de thuiszorg. Het verloop van deze casus heeft veel voldoening gegeven omdat deze wond snel is genezen en omdat deze zorgvrager er weinig overlast van heeft gehad. En hij heeft zelf de regie kunnen houden, iets wat o zo belangrijk was voor hem. In deze casus is ook duidelijk geworden waarom we niet altijd de richtlijnen kunnen volgen en dat we de doelen soms moeten bijstellen.

## Literatuur

1. Richtlijn diabetische voet, Nederlandse Internisten Vereniging, 2017.
2. <http://iwgdf.org/guidelines/>. Geraadpleegd op 22 maart 2018.
3. <https://www.podotherapie.nl/client/voetzorg-bij-diabetes-vergoeding-diabetes-voetzorg>. Geraadpleegd op 22 maart 2018.

\* Annemiek Mooij, verpleegkundig specialist wondzorg en dermatologie, Allergo. Voorzitter WCS Commissie *Ulcus Cruris*