

Zevende internationale symposium over de diabetische voet

V. Oostendorp*

In mei dit jaar was er weer een internationaal symposium over de diabetische voet in Den Haag. Hierbij een samenvatting van een inspirerend symposium.

Anamnese

Er zijn vele soorten classificatiemodellen voor de diabetische voet. Oyibo et al, Morbach et al en van Battum et al vroegen zich af wat ze nog missen in om een goede classificatie toe te passen. De vraag is makkelijker dan het antwoord. Het is een complex geheel, waardoor het antwoord uitblijft. De conclusie is dat het vooral afhankelijk is waarvoor de classificatie wordt gebruikt. In de tweede lijn is vooral de behoefte een classificatie te gebruiken om te scoren of te beschrijven. In de presentatie van dr. F. Game uit Engeland bleek dat in Engeland vooral gebruik wordt gemaakt van de Sinbad classificatie. Sinbad staat voor size (grootte), ischemia, neuropathy, bacterial infection en depth.

Screening

Bij de screening van een diabetische voet kan gebruik worden gemaakt van een doppler om de pulsaties van de arteria dorsalis pedis en de arteria tibialis posterior te vast te stellen. Tijdens de screening wordt ook gelet op temperatuurverschillen tussen beide voeten om te bepalen of er sprake is van een infectie of een acute charcot. De temperatuur van de ene voet is dan twee graden hoger dan aan de andere voet. Er kan ook sprake zijn van vaatlijden, waarbij de ene voet juist kouder aanvoelt dan de andere voet. Ook schoenen inspecteren is belangrijk. Zit er een kleine hak onder de schoen, zijn de neus en de hiel van de schoen stevig, is de zool van de schoen stevig en is de schoen groot genoeg? Tenslotte wordt aan de patiënt voorlichting gegeven om in de ochtend en voor het slapen gaan de schoenen en de voeten te controleren. Daarvoor is een kaartje ontwikkeld door drs. M. van Putten (arts en docent opleiding podotherapie te Eindhoven) dat naast de voet wordt gelegd. Als de patiënt in staat is het kaartje helemaal te lezen, dan is de patiënt in staat om zelf de voeten te controleren, eventueel met behulp van een spiegeltje. Als de patiënt twee tot vier regels kan lezen, dan heeft de patiënt ondersteuning nodig en als de patiënt één of geen regels kan lezen, dan is de patiënt niet in staat om zelf de voeten te controleren.

Teleconsulting

In een workshop van dr. W. de Geest (geneesheer specialist in de verzekeringsgeneeskunde Antwerpen, België) en dr. M. Loots (dermatoloog/ fleboloog Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam) werd verteld dat teleconsulting de toekomst is voor de eerste lijn. Het doel van teleconsulting is de patiënt meer in de thuissituatie te laten. Praktische adviezen uit de workshop zijn:

- Foto scherp maken: een overzichtsfoto van een halve meter afstand en minimaal één foto zo dichtbij mogelijk, waarbij het lampje in de camera nog groen is. Als het mogelijk is, bij voorkeur drie foto's vanuit diverse posities maken.
- Bij het opslaan van foto's in jpg-bestanden worden de kleuren compacter. Door de foto vaker te openen, worden de kleuren grijzer.
- Gebruik zoveel mogelijk een witte achtergrond, dan komen de kleuren beter uit.
- Gebruik bij voorkeur geen flits.
- Pas één kleur licht toe: lamplicht en gordijnen sluiten om zonlicht niet toe te laten.

Wondgenezing

Er volgt nu een opsomming van wetenswaardigheden over wondgenezing bij patiënten met een diabetische voet:

- Dr. H. Örneholm (arts afdeling orthopedie Skane universitair ziekenhuis Malmö, Zweden) heeft een onderzoek gedaan naar hieldecubitus bij diabeten, waarin vooral naar voren kwam dat het om een lang genezingsproces gaat. Het gemiddeld aantal weken in haar onderzoek was vijftien weken (bijna vier maanden) voordat een ulcus was genezen. Naast diabetes kwam naar voren dat een hoge bloeddruk en hartproblemen factoren zijn die invloed hebben op de wondgenezing bij hieldecubitus. Een andere studie van haar gaf aan dat 55% van de diabeten na zes maanden nog steeds een ulcus heeft. Ook hier speelt tijd een cruciale factor. Vasculaire behandeling en infectiebehandeling zijn van essentieel belang. Amputaties zijn te voorkomen door goede necrotectomie uit te voeren.
- Dr. M. Annersten Gershater (PhD docent universiteit

Malmö, Zweden) heeft in een onderzoek aangetoond dat infectie, oedeem en pijn veel voorkomt bij diabeten. Gemiddelde leeftijd van de patiënten was 73 jaar. 17% van de amputaties zijn te voorkomen doordat het lichaam zelf de necrose afstoot of het lichaam de wonden zelf geneest. Voorwaarde is wel dat de revascularisatie wordt verbeterd.

- Dr. C. Formosa uit Zweden had als aanvulling op dr. M. Annersten Gershter (PhD docent universiteit Malmö, Zweden) dat een teendrukmeting wenselijk is voor de uitvoering van revascularisatie en een amputatie dan veelal kan uitblijven.
- Uit meerdere presentaties kwam het belang van vitamine D aan bod. Aanvullen van het tekort aan vitamine D kan 40% van de wondinfecties tegengaan. Vitamine D heeft ook een gunstig effect in de acute fase van een charcot voet. Daarnaast zijn andere maatregelen, zoals offloading door total contact cast ook noodzakelijk.
- Het risico op een amputatie is bij een charcot voet is twaalf hoger dan bij een 'gewone voet'. Op een röntgenfoto is een charcot voet niet altijd aantoonbaar. Een MRI geeft een beter beeld.
- Onderzoek in 2010 heeft aangetoond dat bij fragiele oudere patiënten de omvang van de wond vier keer zo groot is.
- Het dragen van een lange therapeutische elastische kous (TEK) klasse 2 geeft geen verschil in oedeemreductie in vergelijking met een TEK tot de knie. TEK tot de knie laten zelfs een lichte verbetering zien als er geen sprake is van arterieel vaatlijden.

Voetchirurgie

Over voetchirurgie is veel gesproken. Hierbij een aantal uitspraken uit de presentaties:

- Externe en interne fixateur: soms is de patiënt beter af als een amputatie wordt geaccepteerd. De kwaliteit van leven wordt daardoor veel beter.
- Achillespeesverlenging: bij diabeten met een neuropathische wond plantair van de voet, kan de dorsaalflexie van de enkel beperkt worden. Door de achillespeesverlenging (APV) wordt de dorsaalflexie beter en ontstaat minder druk op de plantaire zijde van de voorvoet.
- Revascularisatie wordt toegepast om een amputatie bij een patiënt met diabetes uit te stellen of te voorkomen. Met name bij macro-angiopathie geeft deze ingreep de wondgenezing een goede impuls. In een lezing van dr. R. Hinchliffe (docent Higher Education Funding Council for England docent afdeling vaatchirurgie, St. George Hospital, Londen, Engeland) werd verteld dat er geen standaard definitie is voor perfusie en al helemaal niet bij diabeten. WIFI is een classificatie voor het beoordelen of een amputatie wel of niet noodzakelijk is. De wond (wond), ischemie en voet

infectie (voet infectie) worden gescoord. Het is een classificatie die ook beperkingen heeft. Uit de lezingen kwam naar voren dat vooral de grootte en de diepte van de wond en de gradatie van infectie van invloed zijn of er wordt gevasculariseerd en wat er wordt gevasculariseerd.

- Arthrodesse, tenotomie, achillespeesverlenging, vastzetten van de charcot voet en amputatie zijn traumachirurgische handelingen bij diabeten.
- Het uitvoeren van een achillespeesverlenging en tenotomie kunnen preventieve chirurgische handelingen zijn.
- De behandeling van een acute infectie bestaat bij een diabetische voet uit het debrideren iedere 24-48 uur, zodat de wond goed kan draineren. Revascularisatie als het mogelijk is en antibiotica intraveneus. Risico op fasciitis necroticans zorgt voor 40% mortaliteit.
- Toedienen van antibiotica: lokaal veertien dagen toepassen. Bij osteomyelitis en na resectie een schone wond, dan twee weken antibiotica geven. Bij osteomyelitis en na resectie een vieze wond, dan zes weken antibiotica.

In een diabetisch voetenteam is minimaal één enthousiaste arts en verpleegkundige aanwezig

Multidisciplinaire samenwerking

Het onderwerp multidisciplinaire samenwerking is ook aan bod gekomen tijdens het symposium:

- Dr. A. Rasmussen (podotherapeut en coördinator voetklinik, Kopenhagen, Denemarken) geeft aan dat het de voorkeur heeft patiënten binnen 24 uur te zien, maar dat het op zijn laatst ook binnen zeven dagen kan. Meestal kijkt de patiënt het eerst één of twee dagen aan voordat bij een professional wordt aangeklopt. In Kopenhagen genazen bijna alle wonden bij diabeten of de patiënt kwam te overlijden.
- Dr. K. Van Acker (MD, PhD, endocrinoloog diabetoloog AZ Heilige Familie, Rumst en Centre des Fagnes, Chimay, België) en dr. H.C. Pedrosa (MD, endocrinoloog, Braziliaanse diabetes vereniging, Brazilië) vertelden dat het doel van een multidisciplinair team is de coördinatie en communicatie tussen de verschillende disciplines, waarbij de patiënt centraal staat. Falkenberg (1990), Kleinfeld (1991), Bakker (1994), Larsson (1995) en Reike (1996) geven in onderzoeken aan wat het effect is van een multidisciplinair diabetische voetenteam. De patiënt heeft ook een aanzienlijke bedrage in de behandeling. Er moet aandacht zijn voor een mogelijke burn out van de patiënt, omdat het naleven van de leefregels erg zwaar kan zijn. Het is

daarom goed om ook de familie actief te betrekken bij het hele proces. De patiënt en familie kunnen door middel van onderwijs instructies krijgen wat te doen, zoals goede voetverzorging en het stoppen met roken. In een nieuw document dat tijdens de EWMA is gepresenteerd, is te lezen hoe een team een wond bij een diabeet kan organiseren. Daarbij is het zeer belangrijk dat er een samenwerking is tussen de eerste en de tweede lijn. In een diabetisch voetenteam moet er minimaal één enthousiaste arts en één enthousiaste verpleegkundige zijn. Het team kan verder zoveel mogelijk worden uitgebreid met andere disciplines. Speerpunten kunnen zijn: preventie van complexe zorg, onderwijs naar andere centra, innovatie en strategie. Het advies luidt een business plan te schrijven, zodat het vanuit het management ook interessant is.

■ Dr. S. Bus (bewegingswetenschapper AMC, Amsterdam) gaf aan dat de combinatie van goede drukontlasting en het dragen van therapeutische schoenen het meeste effect heeft op verbetering van een ulcus.

Cijfers over de patiënten met diabetes:

- 1,3% krijgt gepaste educatie,
- 3% van de patiënten draagt therapeutische schoenen,
- 30% gaat naar de podotherapeut.

Alles bij elkaar een zeer zinvol symposium! Wil je er de volgende keer ook bij zijn? Het volgende internationale symposium van de diabetische voet is in mei 2019!

* *Véronique Oostendorp, bestuurslid WCS Kenniscentrum Wondzorg, voorzitter WCS Commissie Diabetische Voet, wondconsulent, Amphia ziekenhuis, Breda*

Contact

Veronique@wcs.nl