

Multidisciplinaire NDF-nascholing 'Eerste hulp bij diabetisch voetulcus'

Dit artikel is gebaseerd op de NDF-nascholing en het artikel dat Jaap Kroon, stafarts diabetes PoZoB, Nicolaas Schaper, emeritus hoogleraar endocrinologie en (diabetes)podotherapeut Lian Stoeldraaijers hebben gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap. De informatie is met hun toestemming overgenomen. Zie: Kroon J, Schaper N, Stoeldraaijers L., "Eerste hulp bij een diabetisch voetulcus", H&W 2021;64(3):53-8.

Een voetulcus is een gevreesde complicatie van diabetes. De kans dat een voet of been moet worden geamputeerd bij een voetulcus is 20%.¹ Van de diabetespatiënten met een voetulcus overlijdt 40% binnen 5 jaar. Dit loopt op tot meer dan 50% als er ook sprake is van perifere arterieel vaatlijden (PAV).^{2,3} Een deel van de amputaties zou voorkomen kunnen worden wanneer tijdig de juiste behandeling wordt ingezet of als de patiënt wordt doorverwezen naar een multidisciplinair voetenteam. Reden voor de NDF om een online nascholing te ontwikkelen over het voorkomen, vaststellen, beoordelen en behandelen van ulcera en over de multidisciplinaire benadering die daarvoor nodig is. De nascholing is te vinden in de NDF Toolkit in de rubriek Diabetische voetzorg. De expertgroep van deze rubriek heeft ook twee tools ontwikkeld die ondersteunen bij tijdige signalering en doorverwijzing; deze vormen de leidraad voor het maken van lokale/regionale samenwerkingsafspraken. Beide zijn als pdf en als interactieve webpagina beschikbaar. Doel is om als zorgverlener, team en netwerk – samen met de patiënt – amputaties en verlies van kwaliteit van leven te voorkomen.

OPTIMAAL CVRM VOORKOMT AMPUTATIES

Een voetulcus is een defect door alle lagen van de huid (dermis en epidermis) onder de enkel bij een patiënt met diabetes, ongeacht de bestaansduur van de wond.⁴ Volgens Kroon is de aanwezigheid van een voetulcus een alarmsignaal: 85-90% van de amputaties zijn het gevolg van een voetulcus.⁵ Ook het sterftecijfer is hoog. De mortaliteit van iemand met een voetulcus staat gelijk aan die van iemand met kanker.⁶ De 5-jaarsmortaliteit na een voetulcus is 40% en wanneer sprake is van PAV neemt dit cijfer toe tot zelfs 50%.³ Schrikbarende cijfers, maar met tijdige signalering en adequate behandeling kan een deel van de amputaties voorkomen worden. Meer dan de helft van de patiënten met een voetulcus overlijdt aan een cardiovasculaire oorzaak.⁷ Optimaal cardiovasculair risicomanagement kan de

kans om binnen vijf jaar te overlijden fors verminderen: van 48 naar 27%.⁸ Daarbij blijven tijdige behandeling – en de juiste zorg op de juiste plek – van groot belang.

GOEDE BEOORDELING DIABETISCH VOETULCUS

De belangrijkste taak voor de huisarts bij 'eerste hulp bij een diabetisch voetulcus' is een goede beoordeling, die antwoord geeft op de vraag of de patiënt in de eerste lijn kan worden behandeld door de huisarts en podotherapeut samen. Er zijn er zeven belangrijke vragen die bij deze eerste beoordeling beantwoord moeten worden, legt Stoeldraaijers uit. Allereerst is het van groot belang direct gegevens te verzamelen om het verdere beleid te bepalen. Soms kunnen huisarts en podotherapeut zelf een behandeling starten, maar het kan ook noodzakelijk zijn om naar een multidisciplinair voetenteam te verwijzen, eventueel nog dezelfde dag. De belangrijkste vragen die bij deze eerste beoordeling beantwoord moeten worden, zijn de volgende:

1. Wat is de lokalisatie van het voetulcus?
2. Is er sprake van een oppervlakkig of van een diep voetulcus?
3. Zijn er aanwijzingen voor PAV?
4. Zijn er tekenen van een infectie?
5. Wat is de directe oorzaak?
6. Hoe is de glykemische instelling?
7. Gebruikt de patiënt een SGLT2-remmer?

PLANTAIR OF NIET-PLANTAIR?

Bij een plantair voetulcus (onder de voet, onder de tenen of op de teentop) is directe verwijzing naar een voetenteam geïndiceerd.^{4,9} Lokale druk speelt vrijwel altijd een belangrijke rol bij deze voetulcera. Als deze druk niet wordt weggenomen, kan het voetulcus niet genezen. Met een onderbeengips zal een plantair voetulcus meestal binnen een paar weken genezen, maar het is essentieel dat de doorbloeding adequaat is en dat infectie is uitgesloten.

OPPERVLAKKIG OF DIEP VOETULCUS?

Ieder voetulcus dat dieper is dan de subcutis – dus met betrokkenheid van fascie, pees, spier, gewricht of bot – moet direct verwezen worden naar een voetenteam^{10,11}, aangezien het risico op infectie van het dieper gelegen weefsel en op amputatie sterk verhoogd is (OR 6,08; 95%-BI 4,10 tot 9,08).¹² Bij een diep ulcus is de kans op amputatie onder de enkel zes keer zo hoog, met PAV is dat risico twee keer zo hoog en met alleen een infectie anderhalf keer.¹² Stoel-draaijers benadrukt dat een kleine plek zeker ook diep kan zijn, waardoor onderschatting op de loer ligt. Zij geeft aan dat inspectie al onvoldoende is om de diepte te beoordelen, omdat het ulcus vaak bedekt is met eelt en necrotisch materiaal. Bij de eerste presentatie moet daarom het necrotische materiaal verwijderd worden, indien nodig met een scalpel. De diepte van het ulcus is meestal alleen in te schatten door vervolgens te sonderen met een steriele metalen sonde.

ONDERZOEK NAAR PERIFEER ARTERIEEL VAATLIJDEN

Zijn er aanwijzingen voor PAV, dan moet iemand doorverwezen worden naar het diabetisch voetenteam. Er is geen eenvoudige test die PAV kan uitsluiten. Daarom is het van belang te kijken naar de voorgeschiedenis, een anamnese te doen en lichamelijk onderzoek. Hiervoor kan de dopplermeting gebruikt worden of de EAI (enkel-armindex). Deze kunnen meer duidelijkheid geven over de diagnose PAV. Beide metingen vereisen voldoende training en ervaring. Het advies is dan ook ervoor te zorgen dat een beperkt aantal praktijkondersteuners of praktijkassistenten hierin goed getraind zijn. Inspectie en palpatie alleen zijn onvoldoende. Dan is er ook de teen-armindex (TAI), die de verhouding aangeeft tussen de systolische bloeddruk gemeten aan de teen en de systolische bloeddruk gemeten aan de bovenarm. Voor een TAI-bepaling zijn speciale apparatuur, expertise en ervaring nodig. Daarom wordt de TAI in het algemeen niet in de eerste lijn bepaald. Het advies is om zo betrouwbaar mogelijk onderzoek te doen. De diagnose vaatlijden is erg belangrijk, dus verwijs door bij twijfel.

Voor de diagnose PAV bij voetulcera bestaat een beslisregel gebaseerd op EAI, dopplermeting en TAI. Deze is te vinden in de NDF Toolkit Diabetische voetzorg.

INFECTIE

Tekenen van een infectie zijn: lokale zwelling en warmte, roodheid rondom het ulcus, pijn (deze kan echter verminderd of afwezig zijn door neuropathie) en purulente afscheiding. Een ernstige infectie betekent direct een spoedverwijzing naar het diabetisch voetenteam.

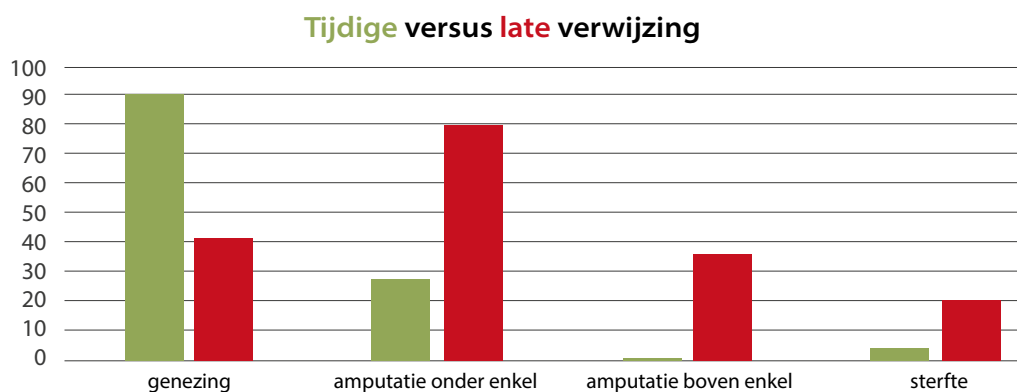
ORZAAK

Lokale druk speelt vrijwel altijd een rol bij het ontstaan van een voetulcus; het is van groot belang die druk weg te nemen. Als dat niet gebeurt, is de kans op verslechtering zeer groot. De podotherapeut kan het schoeisel aanpassen of vilt rondom het voetulcus aanbrengen. In het geval van een infectie kunnen huisarts en podotherapeut samen overleggen over het antibioticabeleid. Kroon en Stoel-draaijers benadrukken dat samenwerking tussen huisarts en podotherapeut van groot belang is. Signalering en behandeling is volgens hen teamwork. Hoe klein het wondje ook is, er is direct overleg nodig tussen huisarts en podotherapeut om er samen beleid op te maken dat past bij de individuele patiënt. Om een recidief te voorkomen, is het belangrijk de oorzaak van het ulcus vast te stellen. In veel gevallen blijkt schoeisel de boosdoener.

GLYKEMISCHE INSTELLING EN MEDICATIE

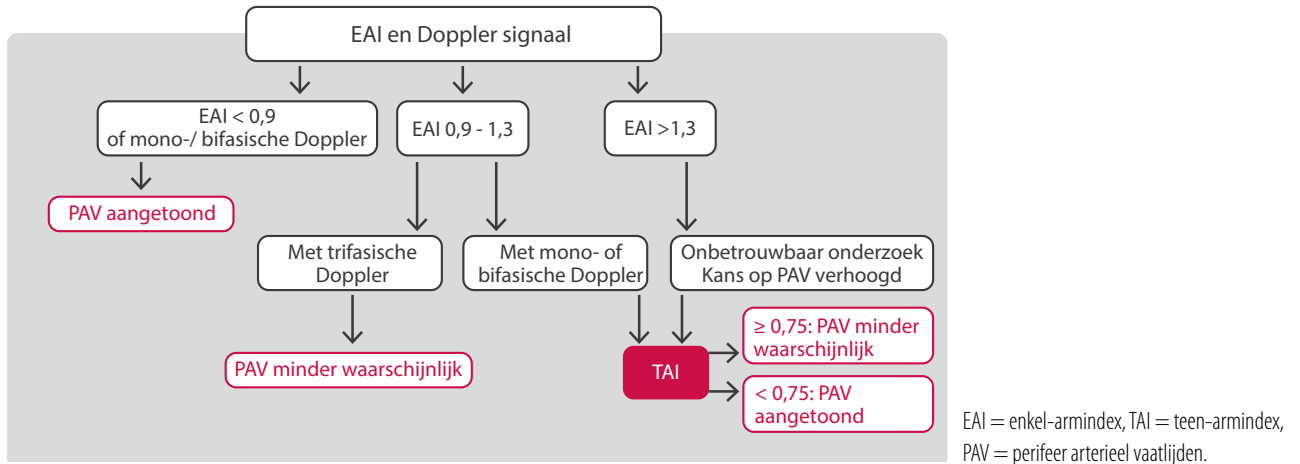
Tot slot zijn er nog de glykemische instelling en de medicatie. Een goede glykemische instelling verlaagt het amputatierisico met 35%, zo blijkt uit onderzoek.¹³ Rond medicatiegebruik en specifiek het gebruik van SGLT2-remmers bestaat enige discussie. Er zou er een verhoogd risico zijn op amputatie, al zijn de onderzoeksresultaten niet consistent. Voor de zekerheid adviseren de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* en de NIV-richtlijn *Medicamenteuze behandeling zeerhoogrisicopatiënten met diabetes mellitus type 2* bij aanwezigheid van een voetulcus het gebruik van een SGLT2-remmer te staken.

Figuur 1. Tijdige versus late verwijzing.



Bron: Meloni, et al. Effectiveness of fast-track pathway for diabetic foot ulcerations. *Acta Diabetologica* 2021.

Figuur 2. Beslisregen voor de diagnose perifeer arterieel vaatlijden (PAV) bij patiënten met een voetulcus.



TIJDIG DOORVERWIJZEN

Samenvattend kan worden gesteld dat een plantair gelokaliseerd voetulcus, een diepliggend voetulcus, PAV of tekenen van systemische infectie redenen zijn om de patiënt door te verwijzen naar een diabetisch voetenteam. Hetzelfde geldt voor elk voetulcus dat niet binnen twee weken geneest. Snelle verwijzing is echt van belang, zo laat onderzoek zien.¹⁴ In de helft van de gevallen is genezing mogelijk, het aantal amputaties onder de enkel daalt met zo'n 60 %, van amputaties boven de enkel is vrijwel geen sprake meer en het aantal sterfgevallen is een kwart van wat het was met late verwijzing.

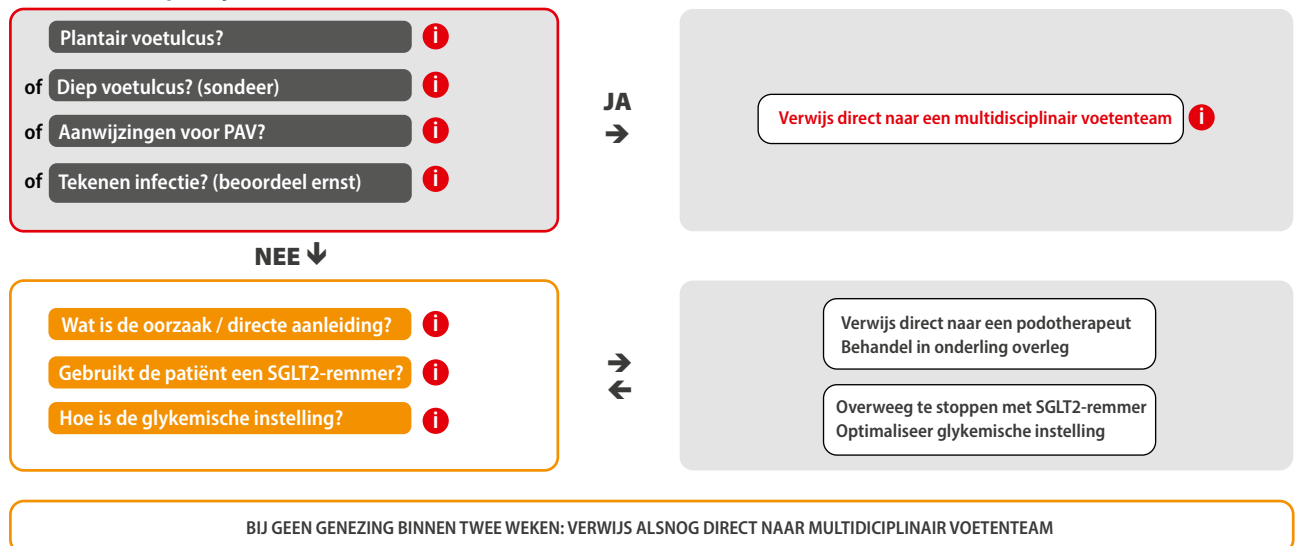
Behandeling in de eerste lijn is uitsluitend mogelijk bij niet-plantaire, oppervlakkige voetulcera zonder aanwijzingen voor PAV. Zoals eerder gezegd, goede samenwerking tussen de huisarts en podotherapeut is essentieel. Ook opvolging is teamwork. Voetulcera hebben een hoog recidiefpercentage (40% in het eerste jaar, 65% na 5 jaar).¹⁵ Daarom is ook na genezing goede follow-up bij alle patiënten noodzakelijk.

De belangrijke boodschap is: als de patiënt tijdig en op de juiste plek wordt behandeld, dan kan een deel van de amputaties voorkomen worden.

Alle informatie is terug te vinden in de NDF Toolkit-

Figuur 3. Flowchart *Eerste hulp bij een diabetisch voetulcus*. Deze is beschikbaar in pdf-vorm als spreekkamerkaart en als interactieve website, waarbij meer informatie volgt door op de het informatie-icoon te klikken.

Eerste hulp bij een diabetisch voetulcus



rubriek Diabetische voetzorg. Zie hiervoor:
<https://diabetesfederatie.nl/ndf-toolkit-persoonsgerichte-diabeteszorg/diabetische-voetzorg>

Ook de flowchart en de nascholing zijn hier te vinden. De nascholing duurt een uur, kost 49 euro en is goed voor 1 accreditatiepunt.

Open Access *This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.*

REFERENTIES

- Prompers L, Schaper N, Apelqvist J, et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease: The EURODIALE Study. *Diabetologia* 2008;51:747-55.
- Jupiter DC, Thorud JC, Buckley CJ, et al. The impact of foot ulceration and amputation on mortality in diabetic patients. I: From ulceration to death, a systematic review. *Int Wound J* 2016;13:892-903.
- Morbach S, Furchert H, Groeblichhoff U, et al. Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs. *Diabetes Care* 2012;35:2021-7.
- NIV-richtlijn Diabetische Voet, 2017, geraadpleegd op 10 september 2023.
- Alvarsson A, et al. *Cariovasc Diabetol* 2012;11:18.
- Armstrong, et al. *Journal of Foot and Ankle Research* 2020;13:16).
- Chammas N, Hill R, Edmonds M. Increased mortality in diabetic foot ulcer patients: The significance of ulcer type. *J Diabetes Res* 2016;2016:2879809.
- Young M, et al. *Diabetes Care* 2008;31:2143-7.
- Barents ES, Bilo HJ, Bouma M, et al. NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2 (versie 5.3). Utrecht: NHG, 2018.
- Anichini R, Zecchini F, Cerretini I, et al. Improvement of diabetic foot care after the implementation of the International Consensus on the Diabetic Foot (ICDF): Results of a 5-year prospective study. *Diabetes Res Clin Pract* 2007;75:153-8.
- Canavan RJ, Unwin NC, Kelly WF, et al. Diabetes- and nondiabetes-related lower extremity amputation incidence before and after the introduction of better organized diabetes foot care. *Diabetes Care* 2008;31:459-63.
- Van Battum P, Schaper N, Prompers L, et al. Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation. *Diabet Med* 2011; 28:199-205.
- Hasan R, et al. *J Vasc Surg* 2016.
- Nickinson A, et al. *J Vasc Surg* 2020;71:669-81.
- Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med* 2017;376:2367-75.