

VOETSCREENING



Auwerx Evy
Verpleegkundige dialyse
Virga Jesse Ziekenhuis
Hasselt

Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat dialysepatiënten vaak lijden aan perifeer, arterieel vaatlijden. Perifeer, arterieel vaatlijden kan niet alleen leiden tot complicaties, zoals problemen ter hoogte van hart- en bloedvaten, risico op verlies van een been door een bloedklonter, maar zelfs tot vroegtijdig overlijden. Atherosclerose is een belangrijke doodsoorzaak en tevens een onder gediagnosticeerde ziekte.

Even iets om over na te denken:

- 1/3 van de patiënten die lijden aan atherosclerose komen te overlijden
- 1/3 van de patiënten zal bij klachten aan de benen een arts raadplegen
- 1/3 van de patiënten kent een asymptomatisch verloop van de aandoening
- 1/3 van de patiënten heeft symptomen maar raadpleegt geen arts
- slechts 1/10 van de patiënten met perifeer, arterieel vaatlijden vertoont typische klachten van claudicatio intermittens.

Deze gegevens vormden de aanleiding om een systematische voetscreening te ontwikkelen en te implementeren bij onze dialysepatiënten.

1. Doel

Het doel van de screening is drieledig. Ten eerste vroegtijdig perifeer, arterieel vaatlijden opsporen en de patiënten doorverwijzen naar de juiste hulpverlener. Ten tweede tijdig wondjes opsporen en behandelen. In derde instantie het zorgen voor een goede voethegiëne.

2. Perifeer, arterieel vaatlijden**2.1. Definitie**

Atherosclerose kan alle slagaders in het menselijk lichaam treffen.

Patiënten met perifeer, arterieel vaatlijden hebben een verhoogd risico op myocardinfarct, CVA, risico op verlies van een been en vroegtijdig vasculair overlijden.

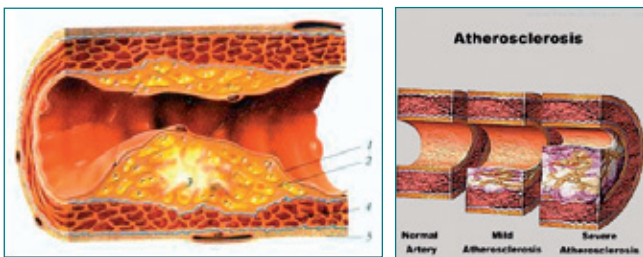
In de slagaders die het hart voeden – de kransslagaders – veroorzaakt atherosclerose gevaar voor coronaire insufficiëntie, een term die betekent dat de kransslagaders niet meer in staat zijn de hoeveelheid bloed te leveren die het hart op grond van de omstandigheden nodig heeft. De meest voorkomende klinische uitingen van coronaire insufficiëntie zijn angina pectoris en vooral de acute coronaire syndromen, waarvan het infarct veruit het bekendste is.

Wanneer de atherosclerose de hersenslagaders treft, zijn de symptomen neurologisch van aard; meestal gaat het dan om een voorbijgaande ischemie (min of meer het equivalent van angina pectoris) en om een beroerte (men spreekt in het medisch jargon van een cerebrovasculair accident), die het equivalent is van een hartinfarct.

Perifeer, arterieel vaatlijden wordt veroorzaakt door atherosclerose. Het is een aandoening van de slagaderwand die geleidelijk erger wordt en de doorvoer van het bloed belemmert. De term is een samenvoeging van twee Griekse woorden: athera, dat vrij betekent, en skleros, dat verharding betekent. Dit geeft goed de toestand weer van de slagaders van patiënten die erdoor getroffen zijn: hard en stijf aan de buitenkant van de wand en bezaaid met min of meer soepele of vaste zones aan de binnenkant. Het zijn

afzettingen van vetten die zich bevinden in het gedeelte van de wand die zich het dichtst bevindt bij de plaats waar het bloed circuleert. Deze plaques kunnen van omvang zo groot worden dat ze de bloedflow in een arterie significant belemmeren. Dit geeft aanleiding tot ischemie met verandering in huidskleur, pijn, moeilijk lopen, wondjes....

Ischemie kan zich uiten in klinische tekens van pijn en claudicatio intermittens. Onder claudicatio intermittens verstaat men het typisch inspanningsgebonden beeld van pijn in het been waarbij de pijn verdwijnt in rust.



2.2. Risicofactoren

- Familiale voorbeschikbaarheid
- Het geslacht: vrouwen genieten tot aan de menopauze een relatieve bescherming dankzij de afscheiding van oestrogenen.
- Leeftijd
- Roken: dat een vernauwing van de diameter van de slagaders (vaatvernauwing) veroorzaakt en dus bijdraagt tot een vererging van de gebrekkige bloedtoevoer naar het hart.
- Diabetes mellitus: dat op zichzelf al de slagaderwanden aantast, dit versterkt de andere risicofactoren die iemand vertoont.
- Hypertensie: het hart is verplicht zich krachtiger samen te trekken om het bloed naar de organen te pompen. Dit extra werk maakt de slagaderwanden en het kapsel dat de atheroomplaques afdekt kwetsbaarder.
- Lipidenstoornissen
- Chronische nierinsufficiëntie
- Een gebrek aan lichaamsactiviteit.

2.3. Preventie

- Voldoende bewegen
- Een gezond lichaamsgewicht

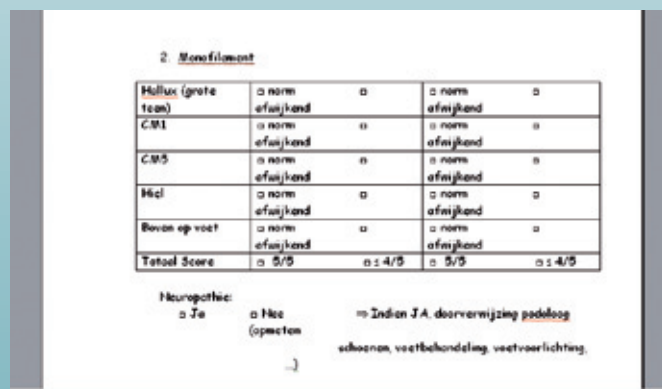
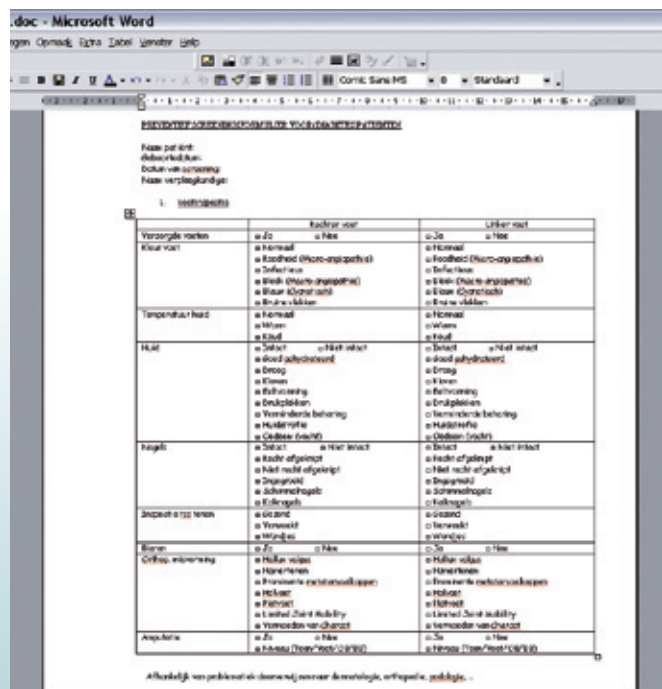
- Gevarieerde, gezonde en op de behoefte afgestemde voeding
- Beheersing van risicofactoren
- Medicamenteuze behandeling: hoge bloeddruk, suikerziekte en hoge cholesterol behandelen

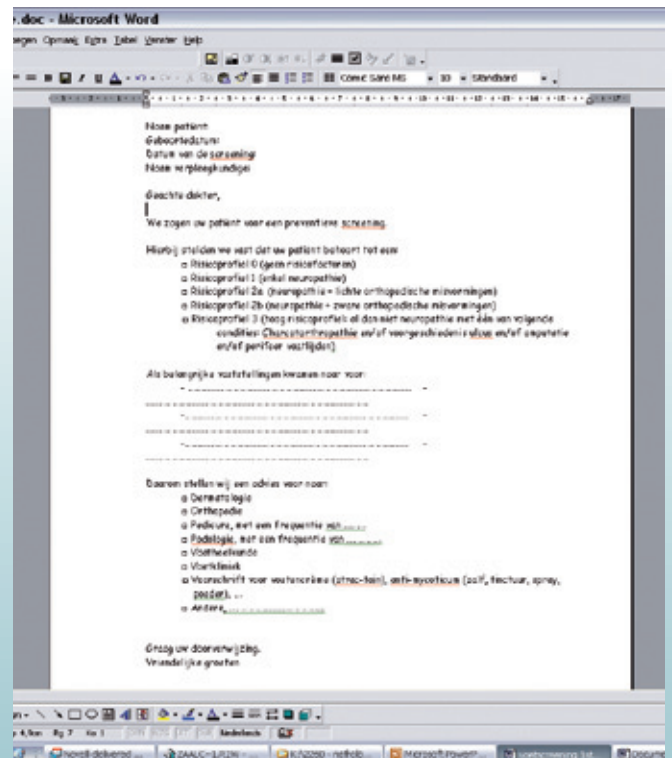
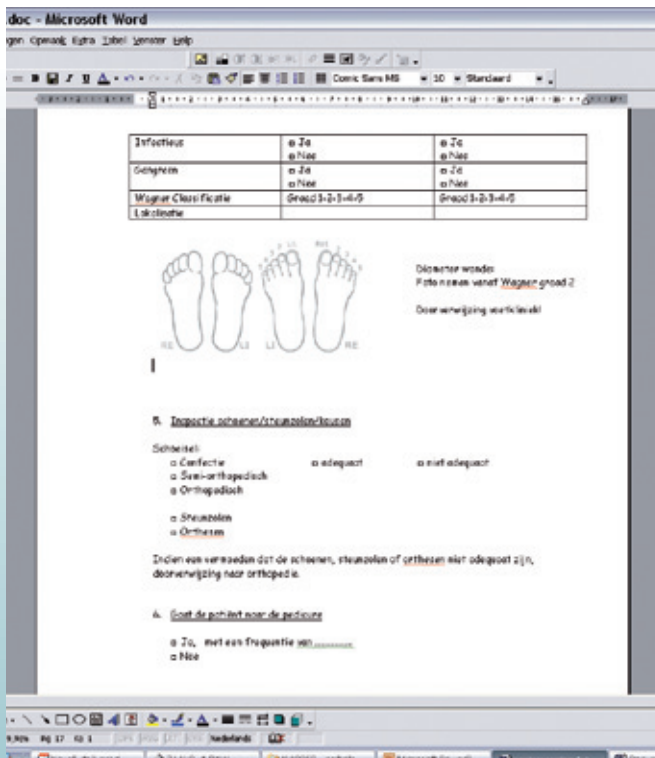
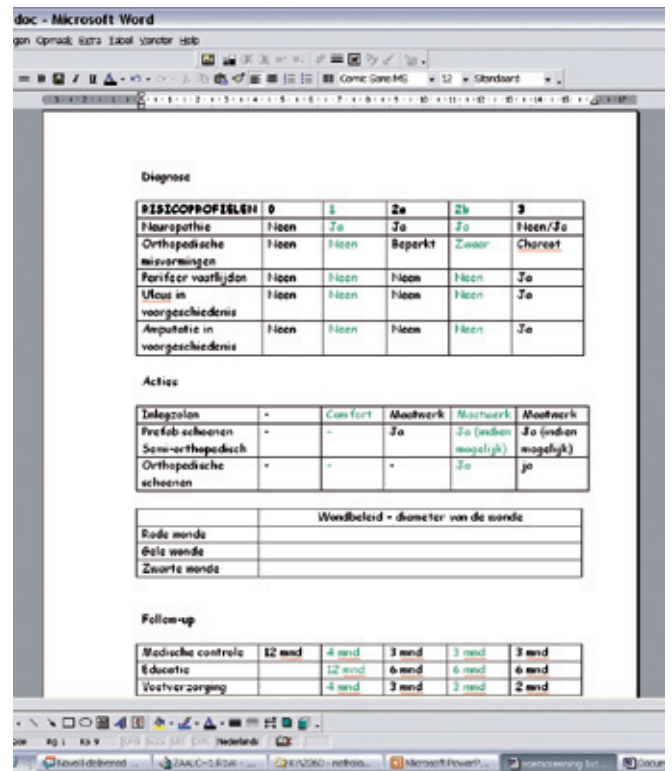
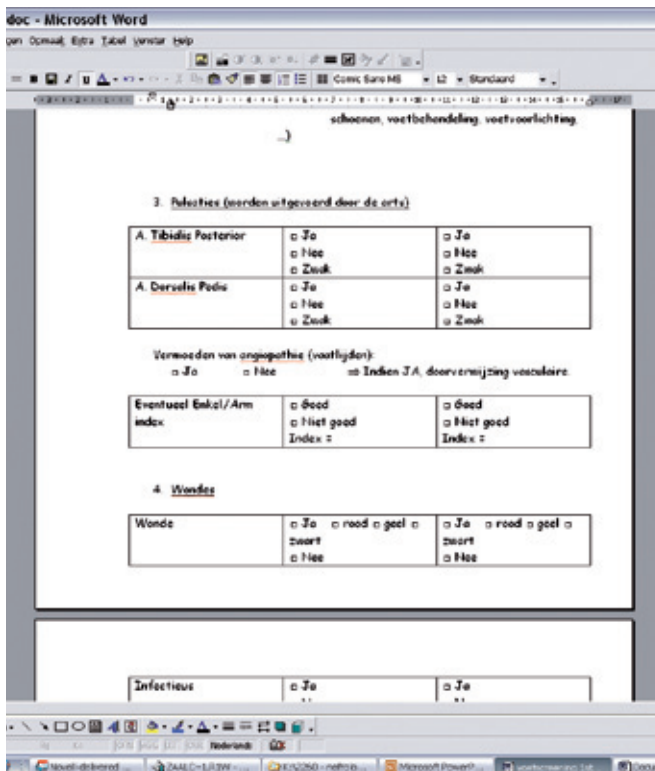
3. Praktijk.

3.1 Hoe zijn we tewerk gegaan?

Een specifiek screeningsformulier werd ontwikkeld in samenspraak met de podologe.

Bij aanvang van het project werd een eerste screening uitgevoerd door de verpleegkundige samen met de podologe. Vervolgens werd door deze verpleegkundige een bijscholing gegeven aan 5 andere collega's.





3.2 Hoe gaan we screenen?

1. Grondige bevraging

- Eerst en vooral een grondige ondervraging via "de Edinburgh Claudicatio vragenlijst"
- Krijg je pijn of ongemak in je been wanneer je stapt?

- Begint de pijn of ongemak soms wanneer je stil staat of zit?
- Krijg je last als je bergop stapt of gehaast bent?
- Krijg je last wanneer je aan een gewoon tempo op een vlak terrein wandelt?
- Wat gebeurt er met de pijn of ongemak wanneer je stilstaat?

- Waar voel je pijn of ongemak? (op een tekening aanduiden waar de pijn zit)

2. Klinisch onderzoek

- Klinische onderzoek van de huid, nagels, spieren en orthopedische misvormingen
- Palpatie en auscultatie van de bloedvaten

3. Neuropathie

De gevoeligheid wordt getest met een Semmes-Weinstein monofilament 10 gr. Dit is een klein staafje waar we mee tegen de voet gaan duwen. De patiënt wordt gevraagd om aan te geven wanneer hij iets voelt.

4. Enkel-arm-index (EAI)

De systolische bloeddruk in rechter/ linker enkel

EAI = -----

De systolische bloeddruk in rechter/ linker arm

EAI > 1,3 betekent een mediocalcinose (niet indrukbare arterie) (Er is een hoge druk nodig om de arteries dicht te duwen)

EAI > of = 1.0 is normaal

EAI < 0.9 wil zeggen een abnormale aderverkalking : risico op perifere, arterieel vaatlijden Ergens in de arterie kan een thrombus voorkomen.

5. Controle wondje

Eventuele wondjes worden ingedeeld in de Wagner Classificatie (WCS).

6. Inspectie van de schoenen

- Hak mag niet hoger dan 2.5 cm zijn
- Moet een hoge wreef hebben
- Stevige hielcontour, goed mobiel en niet plooiën in het midden
- Voet moet in schoen passen
- Veters of klitteband zodat we de schoen kunnen aanpassen aan de voet.

7. Risico profielen

- Elke patiënt krijgt minimum jaarlijks één voetscreening. Aan de hand van deze resultaten worden de patiënten ondergebracht in een risicoprofiel.
- De frequentie van de "vervolg" screeningen is afhankelijk van het risicoprofiel waarin de patiënt zich bevindt.
- Een keer per maand screenen we de patiënten die in risicoprofiel 3 zitten en de diabetespatiënten.
- Om de twee maanden screenen we bij de mensen die in risicoprofiel 2 a en b zitten.
- En half jaarlijks bij de mensen in risicoprofiel 1.
- De mensen die risicoprofiel 0 hebben worden jaarlijks gescreend.
- De maandelijkse screeningen worden door de zaal verpleegkundige gedaan.

8. bespreking met de arts en eventuele doorverwijzingen

De resultaten van de screening worden besproken met de verantwoordelijke arts en zijn tevens raadpleegbaar in het elektronisch patiëntendossier.

Bibliografie

- www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/pad/pad-what.html
- www.vascularweb.org
- www.nvvc.nl
- nvvh.artsennet.nl
- www.arno.unimaas.nl
- World health organisation statistische informatie systeem
- www.americanheart.org
- www.webshop.hartstichting.nl
- Cardiovasculair risicomanaagment 2006
- www.fpnotebook.com/surgery/exam/ednbrghClDctngstnr.htm
- [www.derbyshircountypct.nhs.uk/content/files/clinical%20guidelines/peripheral%20arterial%20management06\(2\).pdf](http://www.derbyshircountypct.nhs.uk/content/files/clinical%20guidelines/peripheral%20arterial%20management06(2).pdf)
- www.paulborgions.be
- www.podbelg.be
- www.borginole.com
- Clinical features, diagnosis, and natural history of lower extremity peripheral arterial disease
- Lower extremity peripheral arterial disease in endstage renale disease
- www.cardiologischeliga.be