

NIFS-seminaret: "Den diabetiske fot" **Oslo 05. og 06. februar 2004**

Seminaret var i år lagt til et av hovedstadens sentrale slumområder for å begeistre de tilreisende med spennende omgivelser i nær tilslutning til byens øvrige attraksjoner. Folkets Hus på Youngstorget var åstedet for 2004-seminaret, og viste seg å være et usedvanlig egnet sted for formålet med utmerket garderobe, utstillingsplass, foredragssal med de audiovisuelle herligheter man måtte ønske seg og romslig spisesal med god mat. Kaffe, frukt, gjærbakst og liknende herligheter ble servert i utstillingslokalet. Vi utgjorde en hærs-kare på 320 sjeler og 23 firmaer var representert med utstilling.

Det internasjonale tilsnitt ble sikret av 9 danske venner (som i NIFS-sammenheng er så trofaste at de etter hvert nærmest er for landsmenn å regne), en svensk foredragsholder, og en britisk ditto.

Temaet for årets seminar var **den diabetiske fot** med spesiell vekt på feilstillinger. **DAG EN** ble vi ønsket velkommen av formann i NIFS, *Leif Aanderud*. Han uttrykte håp om at seminaret skulle bidra til inspirasjon og nettverksbygging, og introduserte foredragsholderen fra broderfolket: *Gunnel Ragnarson Tennvall*. Hun foreleste om livskvalitet hos pasienter med diabetiske fotsår og hvilke samfunnskostnader lidelsen medfører. Tennvall slo et slag for helseøkonomiske studier for å beregne kostnadseffektivitet, og det er ikke vanskelig å bifalle dette i våre dager hvor det meste koker ned til penger, kostnadsreduksjoner og innsparinger. Vi fikk gjennomgått årsakene til at samme behandling kunne gi ulike resultater ved kostnadseffektivitetsundersøkelse i ulike land. I Sverige er det sykehusinnleggelse (36%) og poliklinisk/hjemmebasert sårbehandling (51%) som utgjør de største kostnadene ved fotsårsbehandling og amputasjoner hos diabetikere. Tennvall har beregnet at det er hos de pasienter som har økt risiko for sårutvikling det er kostnadsbesparende å sette inn profylaktiske tiltak. Hennes undersøkelser viser også at pasienter med pågående fotsår og leggamputerte pasienter har begrenset livskvalitet. Gunnell Tennvall har noen få eksemplarer av doktoravhandlingen sin fremdeles, så spesielt interesserte kam sende henne en e-post til grt@ihe.se med en bønn om å få avhandlingen tilsendt.

Lis Ribu refererte fra sin pågående kartlegging av sårtilheling og livskvalitet hos en gruppe pasienter med diabetiske fotsår i Oslo. Hun har inkludert 127 pasienter og fått en svarprosent på 89, så her kan vi vente oss mye spennende når studien gjøres opp. Foreløpige resultater viser at pasientene scorer dårligere enn normalbefolkningen på alle områder, og spesielt på fysisk rollebegrensning. Osteomyelitt gir dårligere sosial fungering og livskvaliteten reduseres med økende senkomplikasjoner til diabetessykdommen. De pasientene som har iscemiske/nevroischemiske sår scorer spesielt lavt hva angår livskvalitet. En påminnelse til oss alle: Kun 40% av sårene var skikkelig diagnostisert og det var dårlig/ingen sår dokumentasjon.

Bent von der Lippe gjennomgikk infeksjonsproblematikken vedrørende diabetiske fotsår. Det ble understreket at adekvat dyrkningsprøve er helt essensielt, og at ingen må finne på å sette i gang antibiotikabehandling før man har sikret seg dette. Han ba oss huske på at infeksjonstegnene kan mangle ved ischemi og at over 50% av de lettere infeksjonene er monobakterielle. Ikke-fottruende infeksjoner kan behandles med høydose antibiotika i 2-6 uker, men må deretter til spesialistpoliklinikk om det ikke er tilhelingstendens. Fottruende infeksjoner må legges inn, og kirurgisk intervensjon må vurderes prompte.

Ali Foster fra Diabetic Foot Clinic ved King's College Hospital i London holdt et glitrende innlegg på et "impeccable british" og så sakte og med en sådan diksjon at selv de som pleide å sitte på bakerste rad og lese avisen i engelsktimene måtte få med seg budskapet. Foster delte sine erfaringer fra tverrfaglig forebyggende arbeid og behandling. Hun slo et slag for samarbeid i samme rom. Graderingen av diabetesfoten ved bruk av King's College Hospitals "Simple Staging System" ble gjennomgått, og at målet er å bringe grad 3-5 sår tilbake til grad 2. Foster ville at vi skulle studere callositetene nøye, og dersom det tilkom blødning i en sådan, skulle man sende pasienten ØH til fotterapeut. Videre poengterte hun at pasientene ofte ikke ville bruke det dyre, flotte, men ikke særlig raffinerte spesialtilpassete fottøyet de fikk. Hun foreslo at man spesialdesignet fottøyet så pasienten vil bruke det.

Einar Stranden pleier vi å slippe løs etter lunsj, -så også i år. Han fortalte om makro- og mikrosirkulasjonen i diabetesfoten og ryddet opp i til dels uoversiktlig fysiologi. Han greide ut om hvordan mikroangiopatien begrenser arteriolene i å øke mikrosirkulasjonen ved behov og om effekter av redusert hyperemirespons og svekket autoregulering. Deretter gjennomgikk han makroangiopatien som ikke skiller seg vesentlig fra den hos ikke-diabetikere bortsett fra at den kommer på et tidligere tidspunkt, og ofte er mer uttalt hos disse pasientene. Stranden gjorde rede for begrensningen i nytten av ankeltrykkmåling hos diabetikerene, og slo et slag for tåtrykkmåling. Videre ba han om at pasientene ble undersøkt med tanke på arteriell insuffisiens, og at de ble henvist til karkirurg ved minste mistanke om dette.

Rana Tariq holdt et flammende foredrag om røntgendiagnostikk av den diabetiske fot. Vi hadde allerede lært at det pga dårlig blodsirkulasjon og lavgradig reduksjon i benmassen kun er MR og benscintigrafi som er sensitiv nok til å benyttes i diagnostikken av osteomyelitt hos denne pasientgruppen. Hos diabetikere har MR sensitivitet på 82% og spesifisitet på 80% ved denne tilstanden. Tariq utdypet hva som er primærkriterier og sekundærtegn til osteomyelitt ved MR-undersøkelse, og forklarte i klartekst hvorfor det er essensielt for radiologen å få kliniske opplysninger vedrørende cellulitt, abscess, ulcus, sinus, gangren og operasjoner.

Kjetil Hvaal tok oss med på en fottur gjennom fotens anatomi preget av oversiktlig anatomiske bilder og lekker design. Alle forsto hvorfor det går som det går med den diabetiske fot når motorisk nevropati gjør sitt: Nerve-muskelfunksjonen svekkes mest i de lange nervene hvorfor de får kontrakjonsovervekt i de lange musklene i leggen og derved hammertåfeilstilling, mens mellomfotbena skyves plantart og fettputen fremover. Vi så hvorfor det måtte bli trykksår der de vanligvis kommer. Videre fikk vi en gjennomgang av alle fotens feilstillinger og deres patogenese.

Siste post på programmet var *Hans Göthberg* som la spesiell vekt på total contact cast som komprimerer og motvirker ødem og *Ellen Krohn Halseth* som gjennomgikk ulike typer avlastende ortoser og hvordan føttene best skal avlastes etter at såret har tilhelet.

Middagen ble avholdt i samme lokale som forelesningene, så alle skulle finne veien til de kulinariske herlighetene med dertil hørende justering av væskebalansen med forfriskende og etylliserte fluider. Vi ble ledet gjennom evenementet av *Arne Lium* som energisk toastmaster med innlagt spagat. Vår store leder, Leif Aanderud benyttet anledningen til å takke avtroppende styremedlemmer *Antonio Rosales*, *Kirsti Espeseth* og *Gunn Tove Solem* for fantastisk innsats, og overrekke dem en flaske utmerket vin. Da sulten var stillet og vi alle hadde glidd mer inn i apatisk tilfredshet, steg spenningen ved annonseringen av **STIPENDUTDELINGEN**.

ConvaTec delte rundhåndet ut stipend til *Inger Anne Solli*, *Anne Lise Vågan Pettersen* og sårpoliklinikken ved Hudavdelingen i Tromsø representert ved *Ada Steen*. **Tendra stipendium** ble også delt:: 10.000 gikk til *Ingeleiv K. Rafdal Falkeid* til forbedring av behandlingstilbud for høyrisikoføtter hos diabetikere i sør-Rogaland og 15.000 gikk til *Brita Solveig Pukstad* til forskning på basale mekanismer i sårtilhelingsprosessen. *Brita Pukstad* var årets stipendsanker idet hun også halte i land **Smith&Nephew stipendet**. **3M's reisestipend** til årets EWMA-kongress i Paris gikk til *Toril Svendsen*. Etter de erfaringer jeg gjorde i fjor, kan du glede deg vilt og uhemmet, Torill!

Litt utpå ble det rigget istand til dans med levende orkester – *Juicy Talk* - som var kjempedyktige og bidro til å trekke de danseføre ut på dansegulvet i timevis inntil vi måtte gå hjem og legge oss kl 12:30.

DAG TO startet programmet kl 09:00 og de som var preget av svimmelhet etter foregående aftens eskapader hadde problemer av typen: hvem er jeg, hvor er jeg og hvor skule jeg ha vært. Det var nemlig duket for parallellsesjoner med temaene: *Hvordan kan ortopediingeniører avlaste den diabetiske fot?* Ledet av *Hans Göthberg*, *Hvordan kan fotterapauter avlaste den diabetiske fot?* Ved *Elin Langeng* og *Avlastningsgips, -indikasjon og teknikker* ledet av *Frode J.Bensvik*. Samtidig med dette foreleste *Marcus Gürgen* om lokalbehandling av diabetiske fotsår og satte opp en oversiktlig behandlingsalgoritme for problemsårene.

Undertegnede klarte, med god hjelp av Kirsti Espetvedt, å finne ut at jeg skulle delta på sesjonen om avlastningsgips. Det viste seg å være en usedvanlig interessant sesjon. Et er begrenset indikasjon for avlastningsformen: såret må ikke være for dypt, blodsirkulasjonen må være god nok til at såret har tilhelingspotensiale, og det skal ikke brukes på sår med underliggende osteomyelitt/infiserte sår med sekresjon. Den praktiske fremgangsmåten for anleggelse av gipsen ble demonstrert med Eivind Witsø som aktivt deltagende "pasient". Ulempen med avlastningsgips er at den må skiftes ukentlig for å inspisere huden under, og fordelen er at pasienten ikke kan ta den av.

Etter dette var det en time med frie foredrag, men der hadde jeg ved en inkurie begitt meg til utstillerne for å gjøre feltstudier i bandasjemateriell og trykkavlastning.

Etter fordypninger i kaffe og bandasjer var det påny samling i storsalen. Der ble det gitt en oversikt over organiseringen av de diabetiske fotteamene rundt om i det ganske land. De er overveiende ganske ulikt organisert, og bygget opp rundt spesielt interesserte ildsjeler som jevnt over har problemer med å komplettere teamet med ytterligere støttespillere, det være seg kirurger, spesialsykepleiere eller fotterapauter.

Etter en særdeles velsmakende fiskegryte var det *Kjetil Hvaal* som ledet oss inn i historiske studier om Jean Marie Charcot og patogenetiske studier udi feilstillingen som bærer hans navn, samt stadieinndelinger og differensialdiagnostiske overveielser overfor osteomyelitt.

Rana Tariq fortsatte med å fortelle om røntgenforandringer i Charcotfoten og radiologisk utredning.

Deretter snakket vår danske nabo *Per Holstein* om konservativ behandling av Charcotfoten. Den skal monitoreres med registrering av hudtemperatur sammenliknet mot kontralaterale ben, man skal registrere ødemet og avlaste fullstendig i 3-6mndr for deretter gradvis å øke belastningen over de neste 3-6 måneder. Han ba oss legge oss på minnet at de med Charcotfot har fire ganger større risiko for å utvikle sår enn diabetikere uten denne deformiteten, og at det er risiko for Charcotutvikling ved amputasjon av første stråle.

Tarjei Egeberg gjorde rede for at det er svært begrenset indikasjon for operativ intervensjon ved Charcotfot, og gjennomgikk deretter hvilke typer korrigerende inngrep som vil kunne være aktuelle.

Etter kaffepausen fortsatte *Per Holstein* med å foredra om "profylaktisk" kirurgisk behandling av nevropatiske trykksår. Han gjennomgikk teknikkene ved ulcerectomi, reseksjon av metatarsalhodet/MTP-leddet og achillesseneforlengelse, og rundet av med en innbydende snikreklame for leggsårseminaret i København 12-13.mars.

Så var det slutt for i år, og Leif Aanderud takket for interessen og nærværet og ønsket velkommen til neste års seminar som vil finne sted i Kristiansand fra 03.-04. februar 2005. Venøse leggsår vil utgjøre en stor del av seminaret, men det vil krydres med rikelig av andre lekkerbiskener og være praktisk rettet.

Tilbakemeldingene til styret var glitrende og alle jeg snakket med var også, i likhet med meg selv, utrolig godt fornøyde med det faglige og sosiale utbyttet av årets seminar.