

'Loopvoeten' bij zwervers

I.R.A.L. VAN LAERE

Dames en Heren,

Landlopers en bedelaars zijn er door de gehele geschiedenis geweest. Sociale pensions en passantenverblijven bieden tegenwoordig in Nederland tijdelijke opvang aan naar schatting 20.000 dak- en thuislozen.¹ Het zorgaanbod van huisartsen en het gezondheidsprofiel van dak- en thuislozen sluiten niet op elkaar aan. Sedert 10 jaar verleent de Amsterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) medische zorg aan dak- en thuislozen in zogenaamde 'hulp voor onbehuisden' (HVO)-dienstencentra en in de voorzieningen van het Leger des Heils. Het gaat om eerstelijnsdienstverlening, die in verband met het zwerfende bestaan van de doelgroep niet past binnen de reguliere huisartsenpraktijk. In overleg met de Amsterdamse Huisartsen Vereniging en de Zorgverzekeraar Amsterdam en Omstreken is de Dr. Valckenier-constructie opgericht, vernoemd naar de Valckenierstraat te Amsterdam, de uitvalsbasis van de betreffende GG&GD-artsen.²

De levensstijl van dak- en thuislozen heeft tot gevolg dat bepaalde aandoeningen bij hen vaker en dikwijls in ernstiger vorm voorkomen dan in de doorsneebevolking. Barends stelt dat bij Amsterdamse dak- en thuislozen 2 maal zo vaak lichamelijke klachten voorkomen en dat 67% van deze groep mensen 5 of meer klachten tegelijk heeft.² Op de voorgrond staan gebitsklachten, chronische bronchitis, voetproblemen en huidinfecties.^{3,4} Een inventariserend onderzoek bij 74 thuislozen toonde bij 40 (54%) milde en bij 29 (39%) matige tot ernstige aandoeningen van de onderste extremiteiten aan.⁵

Bij zwervers kunnen zogenaamde loopvoeten ontstaan door urenlang lopen en staan in slecht schoeisel en door slechte voethygiëne. Dit kan leiden tot clavi, callus, verlengde teennagels, maceratie, blaarvorming en ulcera. Zweetvoeten in vochtig schoeisel kunnen verweking van het stratum corneum epidermidis geven met rimpeeling, een grijzige kleur en maceratie van de huid. Kwetsbare huid vormt voor pathogenen een ideale por-te d'entrée.⁵

Op het spreekuur voor dak- en thuislozen zagen wij onlangs een vervuilde man, onder invloed van hard drugs, met loopvoeten en met zwelling, roodheid en warmte van het rechter onderbeen en de rechter voet. Een voorafgaand nachtelijk bezoek aan de afdeling Eerste Hulp van een ziekenhuis had niet tot een adequate behandeling geleid. Voetproblemen bij zwervers

zijn nogal eens niet gemakkelijk op te lossen; zo ook bij deze patiënt. Daarom wil ik er in deze les aandacht aan schenken.

Patiënt A is een 43-jarige Surinaamse man met een langdurige verslavingsgeschiedenis. Tevens lijdt hij aan schizofrenie en toont hij antisociaal gedrag. Als gevolg van deze problemen zwerft hij al jaren; hij sprokkelt overnachtingen in het sociale opvangcircuit dat per instelling in Amsterdam aan zwerfenden slechts 4 nachten onderdak per maand kan bieden. De medewerkers van het 'GG&GD-ziekenhuisproject' bezoeken verslaafden en dak- en thuislozen in de Amsterdamse ziekenhuizen voor het geven van advies en nazorg. Langs deze weg werd patiënt in 1991, na een opname wegens een pneumonie, verwezen naar de Drugsafdeling van de GG&GD. Sindsdien krijgt hij een onderhoudsdosering methadon 60 mg 1 maal per dag en tevens verstrekt men hem onder toezicht psychofarmaca op de spaarzame momenten dat hij verschijnt. Door gebrek aan hygiëne en behoorlijk schoeisel bestaan bij deze 'zorgwekkende zorgmijder' chronisch ernstige loopvoeten.

Medio 1997 bezoekt patiënt het spreekuur voor dak- en thuislozen omdat de laatste 4 weken zijn voeten steeds pijnlijker zijn geworden. Het lopen gaat moeizamer. Voorts blijkt hij sinds een week een toenemende zwelling van het rechter onderbeen en de rechter voet te hebben met pijnlijke roodheid. Patiënt heeft zich enkele dagen koortsig gevoeld. De anamnese geeft geen aanwijzingen voor diabetes mellitus en evenmin voor overmatig alcoholgebruik. De voorafgaande nacht heeft patiënt de afdeling Eerste Hulp van een ziekenhuis bezocht. Het is onbekend in welke staat en met welk gedrag patiënt zich die nacht presenteerde. De dienstdoende arts schreef op het eerstehulpformulier dat hij aan de rechter voet blaren en pus had gevonden en verwees patiënt zonder behandeling te hebben ingezet naar de huisarts.

Lichamelijk onderzoek toont een vermoeide, slecht verzorgde man, omringd door een penetrante geur en onder invloed van opiaten. De lichaamstemperatuur bedraagt 38,1°C. Het rechter onderbeen en de rechter voet tonen tot aan de knie een ernstig oedeem met diffuus een grillig, niet scherp begrensd, niet glanzend erytheem. De vervuilde huid toont geen blauwzwarte gebieden en geen pustels, vesiculae of bullae zoals werden beschreven door de eerstehulparts. Het is de vraag of deze in enkele uren verdwenen zijn of dat patiënt niet nauwkeurig is onderzocht, om welke reden dan ook. Bij palpatie van het been is de droge huid warm en staat de

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, Drugsafdeling, Postbus 20.244, 1000 HE Amsterdam.
I.R.A.L. van Laere, arts.

gevoelige kuit enigszins gespannen. De perifere arteriële pulsaties en peesreflexen zijn intact. Er worden geen spuitlittekens passend bij intraveneus drugsgebruik gezien. De voeten en tenen tonen enorme uitgelopen eeltlagen met diepe kloven en wondjes. Tussen de tenen zijn er uitgebreide ragaden met maceratie en witte, nattende schilfers. De teennagels zijn verhoornd, lang, krom en geelbruin verkleurd.

De waarschijnlijkheidsdiagnose luidt 'cellulitis, mogelijk veroorzaakt door streptokokken of stafylokokken, met een coëxistente mycose aan de voet'. De onderbenen en de voeten van patiënt worden gereinigd en gedisinfecteerd met chloorhexidine. Een eerste orale dosis flucloxacilline van 2 g wordt uit de artsenkoffer verstrekt. Wegens het klinisch niet direct te verwerpen vermoeden van een diepe veneuze trombose wordt contact opgenomen met dezelfde eerstehulparts. Patiënt wordt vervolgens per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd, alwaar echografisch een trombose niet kan worden aangetoond. Na overleg wordt patiënt later vanuit de GG&GD onder begeleiding naar de ziekenboeg van het Leger des Heils gebracht met als medicatie flucloxacilline, methadon en psychofarmaca en een overdrachtsbrief met adviezen en voorschriften. Enkele dagen nadien wordt patiënt tijdens het spreekuur bij het Leger des Heils gezien door een GG&GD-arts. De zwelling en de roodheid zijn afgenomen, het beeld is 'opgeklaard'.

De levensstijl van dak- en thuislozen kan gemakkelijk leiden tot loopvoeten en complicaties daarvan. Het voortdurend op zoek zijn naar geld, roesmiddelen, voedsel en onderdak vraagt dagelijks verplaatsing over vele kilometers. Vanwege beperkte zelfverzorging, geringe mogelijkheden tot hygiënische maatregelen en een gebrekkig ziektebesef van de patiënt kunnen loopvoeten niet genezen en kunnen er gemakkelijk complicaties ontstaan. Door het zwerven onder invloed van alcohol of drugs met een toegenomen kans op trauma, het verblijven in slooppanden en het blootstaan aan agressie, beroving of mishandeling kunnen dak- en thuislozen laceraties, contusies en fracturen oplopen.

Als gevolg van het verblijf in gemeenschappelijke slaapzalen en het gebruik van gemeenschappelijke douches in passantenverblijven, potentiële broedplaatsen voor pathogenen zoals de verwekkers van scabiës en mycosen, is de kans op infecties toegenomen. Slapen in een (half)zittende houding met de schoenen nog aan – tegen nachtelijke diefstal – vergroot de kans op mechanische veneuze obstructie, waardoor stuwings, oedeem en ten gevolge hiervan huidaandoeningen kunnen ontstaan.¹ Alcoholisme en drugsgebruik gaan vaak samen met een verlaagde weerstand tegen infecties en met insufficiënte voeding, waardoor perifere neuropathie en vaataandoeningen kunnen ontstaan.⁵

Infecties als tinea pedis, onychomycosis, candidiasis, interdigitaal erythrasma en cellulitis worden bij zwerwers frequent gezien.⁵ Voorts kunnen chronische ziekten, diabetes mellitus, cirrose, een maligniteit en een HIV-infectie met gestoorde immuniteit de patiënt extra vatbaar voor infecties maken.⁶

LOOPVOETEN EN COMPLICATIES

In de differentiële diagnostiek van cellulitis, zoals in deze casus beschreven, horen erysipelas, necrotiserende fasciitis en een diepe veneuze trombose; die bespreek ik nader.

Cellulitis. Cellulitis is een infectie van de dermis en subcutis en manifesteert zich als een grillig begrensd, erythemateus gezwollen huidgebied. Over het algemeen wordt cellulitis veroorzaakt door *Staphylococcus aureus* of Gram-negatieve bacteriën. Cellulitis is in het beginstadium lastig te onderscheiden van erysipelas.⁶

Erysipelas. Erysipelas is een oppervlakkige cellulitis. De veroorzaker is *Streptococcus pyogenes*. Men dient te letten op de eerdergenoemde voet- en huidproblemen als porte d'entrée voor pathogenen.^{6,7} Van Furth meldt in een betoog over erysipelas dat een beschadigde hoornlaag, een kleine verwonding, eczeem, oedeem, een gestoorde arteriële en veneuze circulatie en een gestoorde lymfdrainage patiënten extra vatbaar maken voor infecties.⁸ Anderen troffen bij 21% van 229 patiënten uit de algemene bevolking een recidief-erysipelas aan. Bij 23% van deze patiënten was er een cardiovasculaire stoornis, een ulcus cruris, diabetes mellitus of alcoholisme als onderliggende aandoening.⁷

Necrotiserende fasciitis. Een ernstig ziektebeeld dat onderscheiden dient te worden van erysipelas is een necrotiserende fasciitis. Dit is een acute bacteriële infectie van de diepe fascie met een secundair gangreen. De aandoening wordt gekenmerkt door blauwzwarte huidverkleuring met papels, vesiculae, bullae en analgesie van het aangetaste bovenliggende weefsel. Het acute stadium kan doen denken aan erysipelas.⁶

Wegens de beschikbare antibiotische therapie is het beloop van huidinfecties onder de algemene bevolking tegenwoordig minder ernstig en komen complicaties als nefritis, huidnecrose, abscessen en sepsis minder frequent voor.^{6,8} Bij dak- en thuislozen worden vaker complicaties gevonden. Zij hebben vaak een gebrekkig ziektebesef en bezoeken pas 'als het niet meer gaat' de dichtstbijzijnde hulpverlener.²

Diepe veneuze trombose. Als men een diepe veneuze trombose vermoedt, dient echografie te worden verricht. Eenderde van het aantal patiënten met klachten passend bij een dergelijke trombose heeft daadwerkelijk deze aandoening.⁹ De trombose kan gepaard gaan met het beeld van cellulitis en kan daardoor onopgemerkt blijven.⁶

ADVIES EN THERAPIE

Dak- en thuislozen met loopvoeten dient men voortdurend algemene preventieve hygiënische adviezen voor te leggen. Uiteraard dient men daarbij oog te hebben voor de praktische haalbaarheid van de adviezen gezien hun levensstijl. Het personeel van sociale pensions en passantenverblijven zou extra aandacht voor loopvoeten moeten hebben en verzorgende faciliteiten moeten kunnen bieden. Men dient van de opvangopnamen gebruik te maken door zoveel als mogelijk is het douchen verplicht te stellen.

Loopvoeten dient men te wassen met water en zeep.

Nadien moet vooral de huid tussen de tenen goed worden afgedroogd. Van belang is het dragen van schone, droge sokken in goed schoeisel; sokken en schoenen worden, indien voorradig, verstrekt door het Leger des Heils. Voor het losweken van vuil, débris en crustae kan men gebruikmaken van zoete olie of een bad met warm water. Men kan de voeten desinfecteren met een chloorhexidineoplossing FNA; bij recidiverende huidinfecties kan men ze langdurig dagelijks wassen met 7,5% povidon-jood (Betadine 'scrub') om het aantal huidbacteriën effectief te verminderen.⁸ Tijdens rust in de nachtopvang of in een ziekenboek dient men de voeten boven heuphoogte te houden door bijvoorbeeld een kussen aan het voeteneind onder de matras te leggen; daardoor bevordert men de circulatie. In een park, garagebox of sloop-pand, op straat of onder een brug zal dit alles niet te realiseren zijn. Als de conditie van de voeten dit toelaat (de aandoening moet in een rustige fase verkeren), is het verstandig patiënt een bezoek te laten brengen aan de pedicure die, althans in Amsterdam, verbonden is aan het Leger des Heils.

Bij loopvoeten gecompliceerd door infecties vindt de antibioticumkeuze in principe plaats op geleide van een bacteriële kweek met resistentiebepaling. Tijdens spreekuren voor dak- en thuislozen is dit vaak praktisch niet haalbaar en wegens een twijfelachtige follow-up is deze handelwijze mogelijk niet rationeel. Lokale toediening van antibiotica is niet zinvol wegens de kans op sensibilisatie en het grote risico van resistentievorming.⁶ Bij een onrustige, nattende huid kan indrogings therapie plaatsvinden door middel van natte kompressen of in fysiologisch zout gedrenkte en uitgeknepen gazen of door applicatie van zinkoxidesmeersel FNA of zinkoxidecalciumhydroxidezalf FNA op scheurlinnes of Engels pluksel, indien dit georganiseerd kan worden.⁶

Cellulitis, een indicatie voor opname in een ziekenboek, behandel men bij voorkeur systemisch met flucloxacilline 1 g 4 dd gedurende 10 dagen. Een milde vorm van erysipelas kan men oraal behandelen met een startdosis van 2 g, gevolgd door fenoxymethylpenicilline 1 g 4 dd of feneticilline 625 mg 3 dd eveneens gedurende 10 dagen.

Zwervenden met hoge koorts en een ernstig beeld van erysipelas dient men een klinische behandeling aan te bieden. Men kan benzylpenicilline 1 miljoen IE 6 dd intraveneus toedienen op geleide van het klinisch beeld, gevolgd door fenoxymethylpenicilline oraal. Bij penicilineallergie geve men erytromycine 500 mg 4 dd of tetracycline 500 mg 4 dd.^{6 8} Een necrotiserende fasciitis vereist een agressieve therapie met chirurgische interventie en antibiotica.

Bij loopvoeten met mycosen dienen oppervlakkige dermatomycosen als porte d'entrée te worden behandeld, vooral in geval van een vesiculeuze schimmelinfectie: zwemmerseczeem. Men kan de aangetaste huid en de directe gezonde omgeving insmeren met zwavel voor uitwendig gebruik 10% in zinkoxidesmeersel FNA en in een niet-nattende fase met salicylzuur 5% en benzoëzuur 5% in lanettecrème FNA (Whitfields FNA) of een imidazoolcrème.⁶

Het is belangrijk dat de verzorging en behandeling van loopvoeten en mogelijke complicaties geschieden in overleg tussen de huisarts of GG&GD-arts, de afdelingen Eerste Hulp van ziekenhuizen en het personeel van instellingen voor dak- en thuislozen.

Dames en Heren, vervuilde dak- en thuislozen zijn voor hulpverleners over het algemeen geen aangename patiënten; zij zijn niet zelden weinig coöperatief, vertonen soms psychiatrisch en (of) antisociaal gedrag en zijn menigmaal onder invloed van roesmiddelen. Hulpverleners kunnen dan een afwerende houding aannemen en hun medische bemoeienis kan slechts vluchtig zijn, met onderdiagnostiek of het niet adequaat behandelen van pathologische afwijkingen als gevolg, zoals bij de beschreven patiënt. Juist deze 'sociaal gehandicapten' behoeven een laagdrempelige toegang tot de zorg, adviezen die zij in hun omstandigheden kunnen opvolgen en een zorgvuldig lichamelijk onderzoek met praktisch uitvoerbare diagnostiek en therapeutische interventies. Het organiseren van zorg voor deze groep zwervers vraagt extra inspanningen van verschillende hulpverleners. Met deze klinische les hoop ik dat u een aantal dak- en thuislozen langer op de been weet te houden.

Ik dank dr.H.J.Hulsebosch, dermatoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, en dr.G.H.A.van Brussel, sociaal-geneeskundige, GG&GD, Drugsafdeling, Amsterdam, voor hun commentaar op het manuscript.

ABSTRACT

Tramp's feet in vagrants. – The lifestyle of the homeless often implies lack of hygiene resulting in – neglected – feet pathology. The Public Health department for the homeless (GG&GD) was visited by a man aged 43 with drug addiction and schizophrenia who suffered from severe 'tramp's feet' complicated by cellulitis of the right lower leg, which had not been diagnosed adequately during a previous visit to an emergency department. Adequate antibiotic treatment improved the condition in a few days. 'Maladjusted' presentation of the homeless may lead to hasty, inadequate judgement and treatment by health care workers. These socially handicapped patients need proper physical examination and efforts to realise shelter, care and indicated treatment.

LITERATUUR

- 1 Gezondheidsraad. Dak- en thuislozen. Advies van een commissie van de Gezondheidsraad, nr 1995. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1995:10.
- 2 Barends W. A.H.V.Valckenier, een papieren huisarts. Onderzoek naar gezondheid en gezondheidsconsumptie van dak- en thuislozen in Amsterdam. Utrecht: Netherlands School of Public Health, GG&GD, 1995.
- 3 Laan JR van der. Het Utrechtse huisartssprekuren voor dak- en thuislozen. Een inventarisatie van contactredenen, diagnosen en richtingen. Huisarts Wet 1992;35:342-4.
- 4 Geurts van Kessel HHM. Problemen aan de onderste extremiteiten bij thuislozen. Een survey-onderzoek bij thuisloze mannen en vrouwen in Amsterdam. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1994.
- 5 Sociaal medische basiszorg voor dak- en thuislozen en zwerfende jongeren. Jaarbericht 1994-1995. Amsterdam: GG&GD Vangnet & Advies, 1996.

⁶ Everdingen JJE van, Sillevs Smitt JH. Dermato-venereologie voor de 1e lijn. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1989;203-11.

⁷ Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, Sjöblom AC, Holm SE. Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. Clin Infect Dis 1996;23:1091-8.

⁸ Furth R van. De profylaxe van recidiverende erysipelas. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:2049-51.

⁹ Büller HR, Koopman MMW, Brandjes DPM, Meer J van der, Prins MH, Cate JW ten. Diepe veneuze trombose: leiden de recentelijk verbeterde inzichten tot echte vooruitgang in de directe patiëntenzorg? Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:587-90.

Aanvaard op 24 oktober 1997

Capita selecta

Prasteron (dihydroëpiandrosteron): een moderne bron van de eeuwige jeugd?

J.M.KEPPEL HESSELINK

Het zoeken naar de bron van de eeuwige jeugd is vermoedelijk al zo oud als de mensheid zelf. Goethe liet Faust, Oskar Wilde liet Dorian Gray ziel en zaligheid offeren voor het verkrijgen van de eeuwige jeugd. Inmiddels gelooft de consument in de Verenigde Staten en in toenemende mate ook die in Europa dat de bron van de eeuwige jeugd voor een paar tientjes per maand bij de drogist of door bestellingen via het Internet verkrijgbaar is. Twee hormonen spelen hierbij een centrale rol: een voorloper van de oestrogenen en de androgenen, het prasteron (dihydroëpiandrosteron) en het epifysehormoon melatonine. Een veelvoud van veelal exotische indicaties wordt door de media en de producenten voor deze hormonen gesuggereerd. Prasteron zou atherosclerose verminderen, gewichtsverlies bij obesitas bevorderen, de kans op het krijgen van tumoren verkleinen, het immuunsysteem bij ouderen stimuleren, het algemene welbevinden bevorderen en zelfs zou het een positieve invloed hebben op depressies en op cognitieve-functiestoornissen bij Alzheimer-patiënten. Niet in de laatste plaats zou het de potentie verhogen. Slogans zoals 'word jonger, revitaliseer je seksuele leven' moeten de aandacht trekken en het gebruik van dit hormoon stimuleren.¹

In dit artikel bespreek ik feiten en interpretaties, de wetenschappelijke mode en de opvattingen in de populair wetenschappelijke media ten aanzien van het gebruik van prasteron. Deze casus is exemplarisch voor de golf van nieuwe, misschien veelbelovende, maar niet geregistreerde farmaca waarmee de medische professie en de consument via moderne communicatiekanalen (Internet) geconfronteerd zullen worden.

PRASTERON, EEN VOEDINGSSUPPLEMENT?

Prasteron, melatonine, tryptofaan, carnitine, chroomzouten, zink, koper en natuurlijk alle denkbare vitaminen worden in de VS als voedingssupplementen bij dro-

SAMENVATTING

– Prasteron (dihydroëpiandrosteron) is een bijnierschors-hormoon met onbekende functie.

– Prasteron wordt in de VS aanbevolen als suppletie-therapie voor de ouder wordende mens, daar prasteronconcentraties in het bloed na circa het 40e levensjaar sterk dalen; het is daar zonder recept verkrijgbaar.

– Een causaal verband wordt gesuggereerd tussen de prasteronafname en het optreden van een veelheid van ouderdomsaandoeningen. Daarbij baseert men zich op dierexperimentele literatuur en epidemiologische onderzoeken.

– Resultaten van gecontroleerd geneesmiddelenonderzoek zijn echter schaars en de veiligheid van het regelmatig gebruik van dit hormoon is niet gedocumenteerd.

– Via moderne media zoals het Internet wordt de consument beïnvloed prasteron als 'bron van de eeuwige jeugd' te gebruiken en te bestellen.

– De consument/patiënt die de aanbeveling van prasterongebruik wil volgen, moet gewezen worden op het ontbreken van direct bewijs van effectiviteit en veiligheid.

– De indirecte bewijzen van effectiviteit zijn echter zo boeiend dat klinisch geneesmiddelenonderzoek naar prasteron gestimuleerd zou moeten worden.

gisterijen en supermarkten verkocht, zonder dat daarvoor een recept nodig is. Deze stoffen vallen niet onder de controlemechanismen van de Food and Drug Administration (FDA) en de effectiviteit en de veiligheid van deze stoffen is dan ook in de meeste gevallen onbewezen.² Voor al deze middelen wordt reclame gemaakt, zoals iedere gebruiker van het Internet kan constateren. De markt is dan ook groot, in 1990 werd de markt van voedingssupplementen in de VS geschat op 3,3 miljard Amerikaanse dollar en door de toenemende belangstelling van de consument voor deze producten groeit deze markt bijzonder snel.³ Deze stoffen zouden bijzondere, gezondheidsbevorderende werkzaamheid bezitten, maar de aangehaalde bewijzen voldoen niet aan de ethische normen voor het adverteren en wetenschappelijke bewijzen ontbreken vrijwel altijd of zijn eenzijdig.

Onvoldoende bewijs voor effectiviteit en veiligheid. Prasteron is sinds 1996 in de VS vrij verkrijgbaar. De aanleiding hiervoor is paradoxaal: de FDA verbood de

Universität Witten/Herdecke, Naturwissenschaftliche Fakultät, Abteilung für Pharmakologie, Stockumerstrasse 10, D-58448 Witten, Duitsland.

Prof.dr.J.M.Keppel Hesselink, arts-farmacoloog.