

# Voetklachten in een huisartspraktijk

B. J. M. AULBERS

Met welke voetklachten wordt de huisarts geconfronteerd, welke diagnoses stelt hij en wat is zijn verdere beleid? Deze vraagstelling werd onderzocht in een studie van een jaar in een huisartspraktijk. In totaal consulteerden 75 patiënten de huisarts met nieuwe voetklachten. Bij tweederde was pijn de voornaamste klacht. Bij een derde volgden nog een of meer vervolcontacten. De huisarts kon 75 procent van de patiënten zelf behandelen; 10 patiënten werden binnen de eerste lijn verwezen, en negen werden verwezen naar een specialist.

## Inleiding

Voetklachten zijn alledaagse klachten: voor de patiënt meestal niet levensbedreigend maar wel hinderlijk, voor de arts weinig spectaculair. Bij de medische opleiding en nascholing komen voetaandoeningen nauwelijks ter sprake en ook in de literatuur vindt men hierover nauwelijks systematisch onderzoek. Uit de literatuur is bovendien niet op te maken, hoe vaak huisartsen geconsulteerd worden voor voetklachten: in morbiditeitsstatistieken van huisartsen worden voetklachten meestal ondergebracht in de rubrieken ziekten van het bewegingsapparaat, huidziekten en ongevallen.<sup>1-4</sup> In klinisch-specialistische literatuur worden voetafwijkingen wel apart beschreven, maar dan in het kader van dat specialisme. Zo vindt men orthopedische,<sup>5-7</sup> dermatologische,<sup>8</sup> interne<sup>9</sup> en fysiotherapeutische<sup>10</sup> problemen aan de voet. Een uitzondering is de recent verschenen 'gids' van veel voorkomende voetproblemen.<sup>11</sup>

In een explorerend onderzoek in één huisartspraktijk werden de volgende vragen onderzocht:

- met welke voetklachten wordt de huisarts geconfronteerd;
- welke diagnoses stelt de huisarts;
- wat is zijn verdere beleid?

Dr. B.J.M. Aulbers, huisarts te Delft, medewerker aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Erasmus Universiteit Rotterdam, Matheneserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

## Methoden

Een voetklacht wordt hier gedefinieerd als een klacht over pijn, stijfheid, bewegingsbeperking en/of ander ongemak in het voetgebied (het gebied dat zich uitstrekt van de enkel en de hiel tot de uiteinden van de tenen).

Het onderzoek vond plaats in de praktijk van de auteur (helft van een duopraktijk). Van november 1983 t/m oktober 1984 werden alle nieuwe contacten wegens voetproblemen geregistreerd; vervolcontacten na dit eerste consult werden eveneens geregistreerd.

Bij de rubricering van de klachten ben ik uitgegaan van de klacht die de patiënt spontaan bracht.

Het lichamenlijk onderzoek bestond uit minimaal inspectie en palpatie van pathologische structuren en drukpijnlijke punten. Verder is meestal gekeken naar het looppatroon en, wanneer de functie van de voet als voortbewegings-

orgaan in het geding was, ook naar actieve en passieve beweeglijkheid en het aanspannen van spieren.

De diagnose werd na het consult gecodeerd volgens de ICHPPC-2-definied.<sup>12</sup> Zo nodig werd de diagnose later bijgesteld.

Het verdere beleid is te onderscheiden in:

- nadere diagnostiek, voornamelijk laboratorium- en röntgenonderzoek, door de huisarts zelf aangevraagd;
- therapeutisch handelen;
- nadere afspraken met de patiënt.

## Resultaten

Tijdens de registratieperiode - met in totaal circa 5400 contacten - presenteerden 75 patiënten een nieuw voetprobleem (tabel 1).

**Klachten.** Uit tabel 2 blijkt dat pijn veruit de meest genoemde klacht is. Tabel 3 geeft daarvan een meer gedetailleerd beeld.

**Diagnosen.** De gestelde diagnoses zijn vermeld in tabel 4. Over de juistheid van deze diagnoses is weinig te vermelden, omdat tweederde van de patiënten na het eerste consult niet meer terugkwam. Bij 19 van de 25 patiënten die vaker dan één keer kwamen, bleef de voorlopige diagnose overeind. Bij 3 patiënten met waarschijnlijk cellulitis, maar mogelijk

**Tabel 1 - Table 1.** De onderzoekspopulatie naar leeftijd en geslacht - The study population by age and sex.

Age in years	Men	Women	Total
0-14	5	6	11
15-44	14	13	27
45-64	9	16	25
65+	5	7	12
Total	33	42	75

**Tabel 2 - Table 2.** De spontaan geuite klacht (n=75) - The spontaneously expressed complaint (n=75).

Pain in the foot (feet)	53
Foot problems without pain (swollen foot, 'nodules' under the skin)	5
Walking problems	6
'Rash', pruritus, skin problems	8
'Chalk nails', friable nails	3

**Tabel 3 - Table 3.** Plaats van de pijn (n=53) - Location of the pain (n=53).

Not circumscribed	20	Footsole	5
Ankle	7	Anterior part of foot	2
Heel	4	'Bones'	2
Dorsum of foot	2	Big toe	5
Lateral edge of foot	2	Other toes	4

**Tabel 4 - Table 4.** Diagnosen, aantal patiënten (n), aantal door de huisarts behandelde patiënten (GP), aantal contacten met huisarts (Enc) en behandeling - Diagnoses, number of patients (n), number of patients treated by the general practitioner (GP), number of encounters with GP (Enc) and therapy given.

ICHPPC-2	n n=77	GP n=51	Enc n=91	Treatment
0781 Warts, all sites	2	2	4	Removal of warts
110- Dermatophytosis & dermatomycosis incl. onychomycosis	7	7	9	Local antimycotics
355- Other nervous system diseases NEC	2	2	4	Removal of nails
454- Varicose veins of legs	2	2	4	Local lidocaine injections
454- Varicose veins of legs	3	1	6	Local treatment
680- Boil & cellulitis incl. finger & toe	6	6	10	Rest, moist dressing; antibiotics in 1 case
700- Corns & callosities	5	4	9	Removal of callus
703- Ingrown toenail & nail disease NEC	2	2	4	Removal of nails
707- Chronic skin ulcer	1	1	8	Local treatment
714- Rheumatoid arthritis & allied conditn	1	-	-	-
7263 Other bursitis & synovitis	7	5	8	Rest/foot exercises/alternating hot and cold baths
7274 Ganglion of joint & tendon	2	-	-	-
7295 Pain & other limb symptoms	4	1	1	Relieving bandage
736- Acquired deformity of limbs	14	3	3	Foot exercises
7889 Sign, symptom, ill defined cond NEC	2	1	1	Foot exercises
8450 Sprain/strain ankle	7	5	9	Rest/compression bandage/alternating hot and cold baths; analgesics in 2 cases
8451 Sprain/strain foot & toes	6	6	7	
889- Lacerat/open wound	2	1	2	Wound treatment
929- Bruise, contusion, crushing	2	2	2	Rest/compression bandage/alternating hot and cold baths; analgesics in 1 case

**De vijf gevallen waarin de diagnose moest worden herzien**

- een knobbel aan de grote teen (7889) bleek na röntgenonderzoek te berusten op arthrosis deformans van het MTP-gewricht (715-);
- een kind van 10 jaar met langdurig pijn

- aan de laterale voetrand had geen bandletsel (8451), maar een epifysiolyse in MT V (814-);
- pijn door een vermeende enkeldistorsie (8450) bleek te worden veroorzaakt door een pes planovalgus (736-);
- pijn door een vermeend enkeltrauma

- (8450) bij het skieën werd door de orthopeed meer toegeschreven aan een verworven voetafwijking (736-);
- de oorzaak van pijn die ik had toegeschreven aan een enkelcontusie (929-), bleek toch een avulsiefractuur te zijn (814-).

**Tabel 5 - Table 5.** Diagnosen, aantal patiënten (n), aantal verwijzingen binnen de eerste lijn (PC) en naar specialisten (S) en specialisme/behandeling - Diagnoses, number of patients (n), number of referrals within primary care (PC) and to specialists (S), and specialist/treatment.

ICHPPC-2	n n=37	PC n=10	S n=9	Specialist/treatment
454- Varicose veins of legs	3	1		Bandager/elastic stockings
700- Corn & calosities	5	1	1	Phlebology out-patient clinic (patient's request)
714- Rheumatoid arthritis & allied condition	1		1	Pedicure
7263 Other bursitis & synovitis	7		2	Rheumatologist
736- Acquired deformity of limbs	14	7		Orthopaedist/surg. treatm. exostosis
		1	3	Bandager/arch supports
				Podiatrist/treatm. torsion ant. foot
				Surgeon, orthopaedist/treatm. epiphyseal separation/pedes adducti and marked deformity
8450 Sprain/strain ankle	7		1	Surgeon (suspected fracture)
			1	Orthopaedist/treatm. recurrent distortions

**Synopsis**

**Aulbers BJM. Foot problems in a family practice. Huisarts Wet 1987; 30: 38-40.**

**Introduction.** In a single general practice an exploratory study was performed into the following questions: with which complaints do patients with foot problems present to the general practitioners; what are the diagnoses made by the general practitioner; what is his further strategy?

**Methods.** A foot problem was defined as a complaint about pain, stiffness, restricted mobility and/or any other incon-

venience in the region of the foot. The study was performed in the author's practice, where all new foot problems were registered during a year. Follow-up encounters were likewise registered.

**Results.** During the registration period - with a total of some 5400 encounters - 75 patients presented a new foot problem (table 1). Pain was by far the most common complaint, as table 2 shows. Table 3 presents a more detailed overview.

Table 4 lists the diagnoses made and the therapy given. In 6 of the 25 patients with more than one encounter the initial diagnosis had to be revised. Uric acid

levels were determined three times in order to eliminate possible gout; in all three cases the uric acid level was normal. Radiological examinations were made in four cases; in three this was done in order to eliminate a possible fracture, but in two of these a fracture was indeed found. Table 5 presents an overview of the 19 referrals.

**Key words:** Family practice; Foot diseases.

**Correspondence:** Dr. B.J.M. Aulbers, Rotterdam University Institute of General Practice, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam, The Netherlands.

jicht, werd de laatste diagnose verworpen op grond van het beloop en het laboratoriumonderzoek op urinezuur. Bij 5 patiënten moest de diagnose worden herzien.

**Beleid.** *Urinezuuronderzoek* werd driemaal bepaald om een mogelijke jicht uit te sluiten: in alle drie gevallen was dit gehalte normaal. *Röntgen-onderzoek* is bij vier patiënten verricht, bij drie om een mogelijke fractuur uit te sluiten; bij twee van hen werd echter wél een fractuur gevonden.

*Tabel 4* geeft, naast de diagnoses, ook een overzicht van het therapeutisch handelen door de huisarts; *tabel 5* geeft een beeld van de 19 verwijzingen.

## Beschouwing

De meeste uitkomsten van dit onderzoek zullen de praktiserende huisarts bekend voorkomen. Nieuwe, nog niet eerder aan de huisarts bekende voetklachten komen in de huisartspraktijk nogal eens voor: in dit onderzoek bij 1,4

procent van alle contacten. De meest gepresenteerde voetklacht is pijn, waarvan de oorzaak en de lokalisatie niet altijd duidelijk door de patiënt kunnen worden aangegeven. Andere klachten zijn moeilijk lopen, geconstateerde (anatomische) afwijkingen, aandoeningen van de huid en van de nagels. De diagnostiek bij voetklachten is vaak gemakkelijk, doordat voeten goed toegankelijk voor onderzoek zijn; anderzijds zijn voeten ingewikkelde organen, waarvan de huisarts weinig kennis heeft.

Merkwaardig is het ontbreken van transpirerende voeten, een euvel waarvan veel mensen last hebben. Blijkbaar gaat men hiervoor niet vaak naar de huisarts.

De huisarts kan het merendeel van de voetproblemen zelf afhandelen, vaak in één consult.

<sup>1</sup> Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

<sup>2</sup> Anoniem. Diagnose en trefwoord-kode-

ing. 2e dr. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

<sup>3</sup> Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

<sup>4</sup> Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1978.

<sup>5</sup> Kingma MJ, red. Nederlands leerboek der orthopedie. 4e dr. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.

<sup>6</sup> Kay NRM. Pain in the foot. Update 1978; 17: 119-26.

<sup>7</sup> Mol W. Moeilijke voeten. Amsterdam: Wetenschappelijke Uitgeverij 1972.

<sup>8</sup> Paterson WD. Eruptions of the feet. Update 1983; 26: 1123-40.

<sup>9</sup> Casparie AF. De diabetische voet. Ned Tijdschr Geneesk 1978; 122: 137-40.

<sup>10</sup> Winkel D, red. Weke delen aandoeningen van het bewegingsapparaat. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.

<sup>11</sup> Neale D. Veel voorkomende voetklachten. Lochem, Gent: De Tijdstroom, 1984.

<sup>12</sup> Classification Committee of WONCA. International classification of health problems in primary care: ICHPPC-2-defined. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1984.

## Struikelblok

# Hans of z'n moeder

*Hans is een 16-jarige scholier. We zouden hem een streber kunnen noemen waar het school en sport betreft. Zijn vader heeft een maligniteit. Dit drukt op het hele gezin, maar vooral op de moeder. Zij is carcinofoob en nam haar zoon al verschillende malen mee naar een specialist.*

*Niet voor het eerst zetten moeder en zoon zich nu tegenover mij. Hans bleek, zoals ik hem ken, en zijn moeder onrustig en blond.*

*'Het gaat om Hans' zegt moeder, die verder vrijwel onophoudelijk het woord doet. Sinds een paar dagen heeft hij pijnlijke bovenbenen. Moeder is bang voor een kwaadaardige aandoening en wil graag een verwijzing.*

*'Kan hij niet overtrained zijn?'*

*'Nee, de laatste weken heeft hij weinig gesport. Hij heeft al enkele dagen toenemende pijn in beide bovenbenen zonder aanleiding. Het is een strak gevoel en de klacht is symmetrisch.*

*'Dit is weer niets', zeg ik tegen mezelf. Maak ik ze niet alleen maar ongeruster als ik Hans nu uitgebreid ga onderzoeken? Is het niet méér het probleem van moeder?'*

*Ik onderzoek de jongen. Beide bovenbenen zijn normaal van kleur, dik, strak gespannen en drukpijnlijk. Ik heb dit nog nooit eerder zo gezien, maar de symmetrie van de*

*afwijking stelt mij enigszins gerust. Intussen zie ik de moeder denken dat dit onderzoek zinloos is en dat alleen de machines van de specialist kunnen ontdekken welke vreselijke kwaal haar zoon heeft. Toch raar: Hans reageert opmerkelijk gevoelig op manipulatie met zijn bovenbenen; bovendien blijkt hij, geheel tegen zijn gewoonte in, al twee dagen thuis te zitten. Zou er iets op zijn vaten drukken?'*

*Ik vertel dat ik niet zeker weet wat het is en dat ik met spoed meer onderzoek wil doen. Moeder wordt kwaad; zij wil de specialist. Ik probeer haar met geduld uit te leggen dat, mochten we Hans naar een specialist willen sturen, we op z'n minst moeten weten naar welke.*

*Even later loopt het tweetal gewapend met een lab-formulier de spreekkamer uit. Nog wat later belt het laboratorium me op: er is een sterk verlengde bloedingstijd, maar verder zijn er geen afwijkingen.*

*Wat is er aan de hand? Ik weet niet of Hans bloedverdunde pijnstillers heeft geslikt.*

*Een bevriend internist vindt het verhaal niet direct alarmerend, vooral ook gezien de gezinsgeschiedenis. We besluiten dat hij Hans de volgende dag zal onderzoeken en dan meteen nog eens de bloedingstijd zal herha-*

*len. Ik bel daarna de vader. Die vertelt mij dat hij het jammer vindt dat zijn vrouw voortdurend een specialist eist.*

*De specialist belt me op, direct nadat hij Hans heeft gezien. De bloedingstijd was nog verlengd, maar dit komt vermoedelijk door de inderdaad geslikte pijnstillers. Hij is geschrokken van de benen en wil, verdacht op een proces rond de vena cava inferior, een contrastonderzoek doen. Ik schrik. Dit is toch wel een ingrijpend onderzoek en niet zonder risico's. Hij wil de kans echter niet lopen iets over het hoofd te zien. Die benen zijn nu echt keihard geworden.*

*Hans wordt dus opgenomen. Moeder zal nu wel helemaal ten einde raad zijn. Ik bel tevergeefs naar haar huis. Nog steeds kan ik me niet goed voorstellen dat hier echt iets ernstigs aan de hand is. Zo'n jonge vent - dat zou toch wel een enorme uitzondering zijn. Maar ja, als die benen nou inderdaad nog dikker en harder zijn...*

*De volgende ochtend kan ik niet afwachten en bel zelf het ziekenhuis. Ik ben perplex: partiële afsluiting van de vena cava inferior door een thrombus. In de weken daarop ondekt men geen oorzaak. Thrombus e.c.i.*

*'Het zal wel weer niets zijn', had ik gedacht. Niet-pluis heeft echter gewonnen. Mijn vooroordeel gelukkig gerelativeerd.*