

Alledaagse voetproblemen: de behandeling

Kees Gorter

Inleiding

Patiënten met voetproblemen lopen meer risico om te vallen, mobiliteitsproblemen te krijgen en fysiek minder te functioneren¹ met mogelijk verlies van productiviteit.² Voetpijn is, onafhankelijk van andere variabelen, geassocieerd met een als slecht ervaren gezondheid.³ Hoe vaak patiënten met voetproblemen een beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen en welke kosten daaraan verbonden zijn, is niet duidelijk.

Het natuurlijke beloop van de meeste alledaagse voetproblemen in de eerste lijn is niet bekend. Van elke 1000 patiënten die de huisarts per jaar bezoeken, komen er 27 in verband met voetklachten.⁴ In meer dan 80% is pijn de voornaamste reden om naar de huisarts te gaan. Veel minder vaak gaat het om problemen om goed passend schoeisel te vinden bij een standsafwijking van eerste teen en/of kleine tenen, ongelijk slijtpatroon van de schoenen, tintelingen of een doof gevoel. Wanneer een patiënt voor een voetklacht naar de huisarts gaat, zal deze adviseren en afwachten (22%), orale medicatie geven (18%), verwijzen naar eerste lijn (7%) of naar tweede lijn (3%).⁴

Samenvatting

Gorter KJ. Alledaagse voetproblemen: de behandeling.

Huisarts Wet 2003;46(7):392-5.

Veel mensen bezoeken hun huisarts voor alledaagse voetproblemen. De meeste problemen ontstaan door mechanische overbelasting; rust, geduld en goede schoenen zijn dan belangrijke interventies.

De meeste behandelingen zijn niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, maar op praktische ervaring of consensus. Voor veel voetproblemen kan de huisarts een gerichte behandeling geven. Indien het dan niet lukt het probleem voldoende op te lossen, kan veelal een verwijzing binnen de eerste lijn volstaan. In algemene zin bepaalt de 'vervormbaarheid' van de voet naar wie de huisarts moet verwijzen. Een patiënt met een soepele en corrigeerbare voet kan in eerste instantie naar een podotherapeut worden verwezen; een patiënt met een structureel afwijkende en niet-corrigeerbare voet zal meer baat hebben bij een orthopedisch schoentechnicus. In zeldzame gevallen is verwijzing naar een medisch specialist aangewezen.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC Utrecht, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht: dr. K.J. Gorter, huisarts.

Correspondentie: K.J.Gorter@med.uu.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: KJG ontving subsidie van het Reumafonds voor het doen van onderzoek naar alledaagse voetklachten.

Patiënten met een voetprobleem die al een mobiliteitsbeperking hebben door artrose, reumatoïde artritis, een ernstige hart- en vaatziekte of longziekte,⁵ kunnen bij behandeling aan mobiliteit winnen. Patiënten met diabetes mellitus hebben een sterk verhoogd risico op een voetulcus wanneer hun voeten tekenen van lokaal verhoogde druk vertonen (bijvoorbeeld likdoorns) en bovendien hun sensibiliteit verminderd is door polyneuropathie. Naast regelmatige inspectie van de voet door de patiënt en de huisarts, is advies op zijn plaats over de aanschaf van goede schoenen (*kader*) en steunzolen om de lokale druk te verminderen. Er zijn aanwijzingen dat zowel steunzolen als aanpassingen aan de schoen een aantal van deze klachten kunnen verlichten.⁶ Dergelijke interventies hebben slechts een gering risico op iatrogene schade, wat vooral bij de oudere patiënten van groot belang is. Velen van hen kunnen worden geholpen in de eerste lijn en verwijzing naar medisch specialisten is dan minder vaak nodig.

Er zijn weinig goed uitgevoerde RCT's in de eerste lijn waarbij verschillende behandelvormen bij voetproblemen zijn onderzocht. De meeste behandelingen zijn daarom gebaseerd op ervaring.

Waarom moet een goede schoen voldoen?

Een goede schoen moet een aantal eigenschappen hebben: omsluiting, ondersteuning, stabiliteit, schokabsorptie en pasvorm.

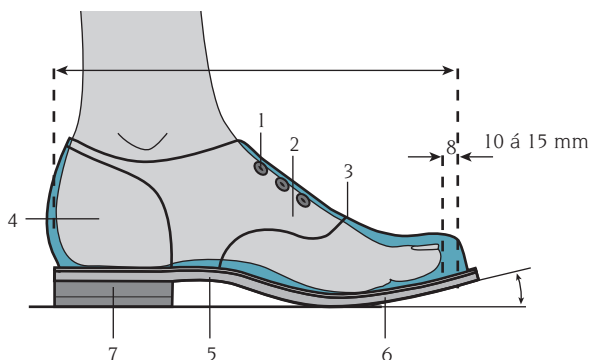
Omsluiting. Allereerst (punten 1-4 in *figuur 1*) is een goede omsluiting van de hiel en van de wreef belangrijk. Hierdoor kan de schoen als het ware om de voet 'gegoten' zitten. Omsluiting van de hiel in neutrale stand zal een aantal problemen verminderen die zijn ontstaan door biomechanische overbelasting, zoals tendinitis m. tib. posterior en fasciitis plantaris. Een schoen zonder wreefomsluiting zoals een pump moet altijd te krap om de voet zitten omdat anders de hiel bij het lopen steeds uit de schoen glipt. Hierdoor ontstaan er eerder likdoorns en klachten door een bunion of bunionette. De rest van de bovenzijde van de schoen dient soepel en vormvast te zijn om onnodige druk op de voet te vermijden.

Ondersteuning, schokabsorptie en stabiliteit. Een stevige leest (punt 5) ondersteunt het lengtegewelf bij het afwikkelen. De loopzool (punt 6) fungeert als een schokabsorberend element en moet daarom niet te stug zijn. De stabiliteit bij lopen wordt het beste gediend door een hak die niet te smal is en niet te hoog (punt 7). Bij klachten van de achtervoet is dit van belang.

Pasvorm. Ten slotte is een goede pasvorm belangrijk (punt 8). Voldoende ruimte in het driedimensionale vlak voorkomt likdoorns en bunions.

De consument zal echter ook waarde hechten aan het comfort en het uiterlijk van de schoen. Er kan dan spanning ontstaan met de overige eigenschappen van de schoen.

Figuur 1 Waaraan moet een goede schoen voldoen?



Aandachtspunten	Nodige eigenschappen
1 sluiting	veters, klittenband
2 schacht	flexibel
3 neus	verstevigd voor behoud van ruimte en vorm
4 contrefort	stevig, zodat de hiel mediaal-lateraal niet kan schuiven
5 cambreur	versterking van de vorm van de zool
6 loopzool	leer/synthetisch, niet afsluitend
7 hak	hoogte <3 cm, oppervlak >9 cm ²
8 lengte/ Breedte/hoogte	voldoende ruim, lengte schoen = lengte voet + 1 cm

Bron: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeyer HGLM, redactie.
Diagnostiek van alledaagse klachten I. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Voorlichting en preventie

Voor een gewogen behandelingsadvies is het van groot belang dat de huisarts probeert het complete pathofysiologische patroon te herkennen van een voet met een probleem. Herkennen van het voettype helpt hierbij. Het is niet alleen voor de behandeling zelf belangrijk, maar het helpt ook bij de uitleg aan patiënten waarom bijvoorbeeld een voorvoetprobleem vanuit de achtervoet behandeld wordt. Vooral bij tweezijdig voorkomende voetproblemen is extra aandacht op zijn plaats voor onderliggende oorzaken als voettype, schoeisel en degeneratieve veranderingen.⁷

Sommige patiënten denken dat hun voetklachten niet te behandelen zijn of dat ze het onvermijdelijke gevolg van ouderdom zijn.⁸ Voorlichting aan vooral oudere patiënten is nodig om dit te ontzenuwen.

Specifieke behandeladviezen

Indelingen van voetproblemen

In de praktijk is een categorisering van voetproblemen van belang, omdat dit de inhoud van het medisch handelen mede bepaalt. Er kan sprake zijn van een etiologische samenhang tussen systemische aandoening, voettype en lokale afwijking, zoals bij de reumatische voet met inzakking van het mediale lengtege-

De kern

- ▶ Om patiënten met voetproblemen goed te behandelen is het nuttig voettypen te onderscheiden.
- ▶ De adequate behandeling voor verschillende alledaagse voetproblemen is meestal *experience-based*.
- ▶ Bij behandeling van voetproblemen zijn schoenadviezen belangrijk. De schoen moet aan de voet aangepast worden en niet andersom.
- ▶ Patiënten met alledaagse voetproblemen kunnen bij een soepele, corrigeerbare voet naar de podotherapeut worden verwezen en bij een structureel afwijkende, niet-corrigeerbare voet naar de orthopedisch schoentechnicus.

welf en hallux valgus. Maar het kan ook gaan om een lokale afwijking met comorbiditeit die daar niet direct mee samenhangt, zoals een neuroom van Morton bij diabetes mellitus. Ten slotte speelt bij lokale problemen biomechanische overbelasting vaak een belangrijke rol. In het algemeen zal de behandeling van een lokale afwijking moeten aansluiten op de aanpak die gericht is op een correctie van (de gevolgen van) het voettype en dit zal – indien van toepassing – weer moeten sporen met de behandeling van een onderliggende systemische aandoening. Hierbij bestaat er voorkeur om, indien mogelijk, te beginnen met een niet-chirurgische behandeling en pas bij falen hiervan over te gaan op een chirurgische behandeling.

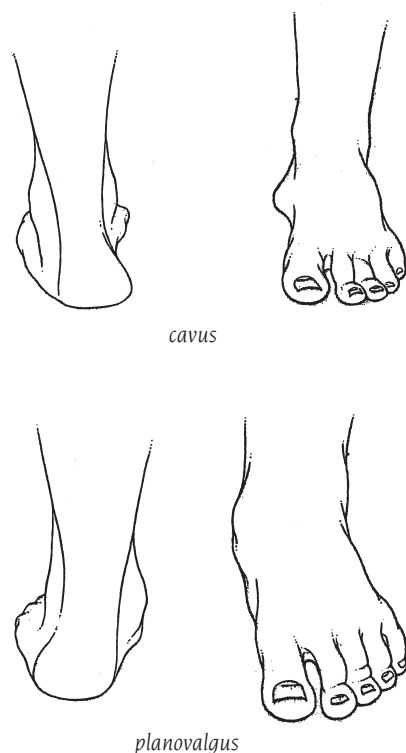
Voettype. Hier wordt allereerst naar gekeken, aangezien behandeling van een voorvoetprobleem soms vanuit de achtervoet moet worden gestart. Immers, bij correctie van een afwijkende stand van de achtervoet (inversie of eversie) zal de voorvoet meestal volgen. Door de op deze wijze veranderde biomechanische verhoudingen treedt er een andere drukbelasting op waardoor de pijn kan verminderen.

Er zijn vier voettypen (*figuur 2*): ⁵ cavus (6%), normaal (40%), planonormaal (een rechte stand van de achtervoet, een wat laag longitudinaal mediaal gewelf) (44%) en planovalgus (een geproonde achtervoet met een laag longitudinaal mediaal gewelf) (10%). Bij de cavusvoet en de planovalgusvoet is het streven om de voet meer naar neutrale stand te corrigeren. Bij de planonormale voet staat de achtervoet redelijk recht, maar door de hypermobile eerste straal is er toch een laag mediaal lengtegewelf. Hier kan ondersteuning van het gewelf soms aangewezen zijn. Voetproblemen kunnen worden ingedeeld naar aandoeningen van voor- of achtervoet.

Aandoeningen van de achtervoet

Calcaneodynie. Hierbij is in eerste instantie meer schokabsorptie gewenst. Het probleem kan vaak al verdwijnen wanneer de patiënt een sportschoen gaat dragen waarbij de schokabsorptie beter geregeld is dan in een confectieschoen. Indien dit onacceptabel of onvoldoende is, kan worden verwezen naar een orthopedisch schoentechnicus met het verzoek een zogenaamde bufferhak te maken. Hiermee wordt de schokabsorptie van de bestaande hak vergroot.

Figuur 2 Voettypen: cavus en planovalgus



Bron: Alexander IA. Der Fusz. Berlijn: Springer, 1990.

Fasciitis plantaris. De effectiviteit van de diverse behandelingen is onvoldoende aangetoond.⁹ In het acute stadium kan worden getapet. Daarnaast kan het gedurende twee weken innemen van een NSAID helpen de pijn te verminderen. Afhankelijk van het voettype kan een versterkte hielschokabsorptie (cavusvoettype) of een ondersteuning van het mediale longitudinale gewelf (planusvoettype) worden toegevoegd. Hiervoor bestaan kant-en-klare steunzolen (hak en totaal), maar ook kan de podotherapeut en/of orthopedisch schoentechnicus deze vervaardigen. Er wordt ook wel geadviseerd driemaal daags gedurende drie tot vijf minuten rekoefeningen van de achillespees te doen. Indien er na zes tot acht weken geen verbetering is, kan een behandeling met nachtsplaken (met de voet in geforceerde dorsiflexie) soms succes hebben. Onlangs bleek extracorporele schokgolfbehandeling geen effect te hebben.¹⁰ Wanneer ernstige pijn niet voldoende afneemt, dan kan lokaal worden geïnjecteerd met een combinatie van een corticosteroïd en een lokaal anaestheticum (bijvoorbeeld 1 ml met 40 mg methylprednisolon en 10 mg lidocaïne). Deze injectie wordt vanaf mediaal toegediend op de plaats van de maximale pijn. Dit kan twee- tot driemaal herhaald worden met een interval van drie tot vier weken. Er is een kans op lokale atrofie van het vetkussen en op ruptuur van de plantaire fascie.

Tarsaletunnelsyndroom. Als het herstel van een normaal voettype met behulp van goed schoeisel het probleem niet oplost, is verwijzing naar de orthopedisch chirurg te adviseren. Nadat de dia-

gnose bevestigd is door een proefblok met lidocaïne en/of een EMG kan er een release-operatie worden uitgevoerd, waarbij de ingeklemde nervus tibialis posterior wordt vrijgelegd.

Achillespees(peri)tendinitis. In aansluiting op algemene behandeladviezen kunnen een hakverhoging, NSAID's, kuitspierrekoefeningen en zo nodig ondersteuning van het mediale longitudinale gewelf verlichting brengen doordat de spanning in de trekrichting van de pees wordt verminderd. Lokale corticosteroïdinjecties moeten *niet* worden gegeven in verband met het risico van een ruptuur van de achillespees.

Exostose van Haglund en hielbursitis. Naast NSAID's en een lokale corticosteroïdinjectie (20 mg methylprednisolon), is aanpassing van de binnen- en bovenzijde van het contrefort van de schoen noodzakelijk om de lokale frictie te verminderen. De orthopedisch schoentechnicus kan dit prima voor zijn rekening nemen. Het is zelden nodig om de exostose operatief te verwijderen.

Aandoeningen van de voorvoet

Hallux valgus. Er zijn diverse behandelingen mogelijk, maar er is geen bewijs voor welke het meest effectief zou zijn.¹¹ Er kan een schoenadvies worden gegeven (vetersluiting, voldoende ruimte bij de bal van de voet en een hakhoogte <3 cm); een orthopedisch schoentechnicus kan de schoen plaatselijk oprekken met behulp van de knobbeltang; de podotherapeut kan de voetstand verbeteren (en daardoor de voet relatief versmallen) door middel van ondersteuning van het mediale gewelf en een drukverminderende en beschermende orthese aanbrengen ter hoogte van de bunion. Mocht de pijn niet verholpen zijn, dan kan chirurgisch ingrijpen de pijn verlichten of helpen de structureel afwijkende stand te corrigeren. Echter, een kwart tot een derde van de patiënten is niet tevreden na een hallux-valgusoperatie hoewel de pijn verminderde, de stand cosmetisch verbeterde en de beweeglijkheid toenam. Het herstel na een operatie vergt vier tot zes maanden en een verklaring voor deze ontevredenheid zou kunnen zijn dat patiënten de gevolgen van deze ingreep onderschatten. Het lijkt dan ook wenselijk om bij een verzoek om verwijzing voor operatieve correctie van een hallux valgus de patiënt te vragen naar zijn verwachtingen en deze zonodig bij te stellen.

Hallux limitus/rigidus. Niet-chirurgische behandeling is erop gericht om de belasting van het artrotische MTP-1-gewricht te verminderen. Schoenen met een extra hoog teenstuk en een stugge buitenzool voorzien hierin. Hieraan kan een versnelde uitwendige afwikkeling worden toegevoegd door de orthopedisch schoentechnicus. Door een dergelijke afwikkelbalk wordt de hallux ontzien bij de afwikkeling. Tijdens een periode van acute artritis kan behandeling worden gestart met ijs, drie- tot viermaal daags 1000 mg paracetamol of NSAID's. Zonodig kan een intra-articulaire injectie met een corticosteroïd (10-20 mg methylprednisolon) de pijn snel doen verminderen. Chirurgische interventie (artrodese) is nodig wanneer er een beperking blijft bestaan van het dagelijks functioneren.

Standsafwijkingen tenen 2-5. Goed passende en ruime schoenen zijn van groot belang om frictie te verminderen tussen teen en

schoen. Wanneer er pijnlijke ankylotische standsafwijkingen bestaan en een drukontlastende orthese (podotherapeut) onvoldoende helpt, dan is een chirurgische oplossing (artrodese) te adviseren.

Bunionette. De meest voor de hand liggende behandeling hierbij is de interactie voet-schoen proberen te verbeteren door schoenen te gaan dragen die wijder zijn ter hoogte van de bal van de voet. Ook kan de bestaande schoen worden opgerekt met een knobbeltang (orthopedisch schoentechnicus). Chirurgische behandeling is zelden nodig.

Likdoorns. Behandeling beoogt pijn te verlichten en tegelijk de onderliggende oorzaak aan te pakken. De meeste likdoorns kunnen conservatief worden behandeld door beter passende schoenen te dragen (hakhoogte <3 cm, zacht bovenleer zonder naden en voldoende teenruimte). Bovendien kan er met verschillende typen orthesen worden geprobeerd de lokale druk en schuifkrachten beter te verdelen: bij zachte, interdigitale likdoorns wordt een vrij verkrijgbare teenwig geadviseerd. Harde digitale likdoorns zijn een goede indicatie voor siliconenorthesen (podotherapeut). Plantaire likdoorns zijn een indicatie voor een retrocapitale steun waardoor er een andere drukverdeling ontstaat. De meeste van deze aanpassingen in de schoen zijn zonder recept te koop. Veel patiënten met deze aandoening worden behandeld door voetverzorgers of pedicures.¹²

Metatarsalgie. Naast algemene behandeladviezen zijn er vele methoden in gebruik om de drukbelasting op de metatarsale kopjes te verminderen. Het gaat dan om aanpassingen zoals zachte, schokabsorberende binnenzolen (podotherapeut en/of orthopedisch schoentechnicus), schoenen met een retrocapitale steun in het voetbed en een afwikkelpalk onder de schoen (orthopedisch schoentechnicus). In zeldzame gevallen kan worden verwezen naar een revalidatiearts voor orthopedisch maatschoeisels. Bij reumatoïde artritis kan er een dorsale dislocatie bestaan van de eerste falangen in de MTP-gewrichten waarvoor chirurgische interventie noodzakelijk kan zijn.

Neuroom van Morton. Naast wijdere schoenen, een afwikkelpalk (waardoor er meer ruimte ontstaat voor de voorvoet) en NSAID's, kan een lokale methylprednisolon/lidocaïne-injectie (0,5-1 ml met 40 mg methylprednisolon en 10 mg lidocaïne) worden overwogen wanneer er veel pijn is. De injectie wordt vanaf dorsaal gegeven, intermetatarsaal juist proximaal van het niveau van de MT-kopjes en rond de plaats waar de interdigitale zenuw is ingeklemd. Dit kan twee- tot driemaal worden herhaald met een interval van drie weken. Indien succes uitblijft, dan is chirurgische excisie van het neuroom geïndiceerd.

Artritis. Goed schoeisel met zowel steun als schokabsorptie is van belang. Sportschoenen voldoen vaak hieraan en kunnen een goede eerste voorziening zijn. NSAID's zijn effectief. In een aantal gevallen is de artritis van de voet een eerste uiting van een begin-

nende reumatoïde artritis. Verwijzing naar een reumatoloog kan dan worden overwogen.

Algemene behandeladviezen

Veel voetklachten ontstaan door een mechanische overbelasting. Rust en enkele weken geduld zijn dan een belangrijk advies. In veel gevallen kan er begonnen worden met een schoenadvies. Wanneer resultaat uitblijft, kan een verwijzing een oplossing bieden. In geval van een *soepele, corrigeerbare voet* kan verwijzing naar een podotherapeut worden overwogen. Deze kan bijvoorbeeld met podotherapeutische zolen proberen om de drukverdeling te veranderen en de voetstand te corrigeren. Daarnaast kan de schokabsorptie worden vergroot, de drukbelasting worden verminderd. Op maat gefabriceerde orthesen kunnen de druk plaatselijk verminderen en de huid beschermen. Wanneer een voetprobleem het gevolg is van een *meer structurele en niet-corrigeerbare afwijking* aan de voet, dan ligt verwijzing naar een orthopedisch schoentechnicus meer voor de hand. Uiteraard zijn er overgangsgeregelden. Ten slotte kan er voor conservatieve behandeling met orthopedisch schoeisel worden verwezen naar de revalidatiearts of voor operatieve behandeling naar de orthopedisch chirurg.

Literatuur

- 1 Bowling A, Grundy E. Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *Age Ageing* 1997;26:107-14.
- 2 Gorecki GA. Preliminary investigation of lower extremity impairments among men in heavy industry. *J Am Podiatr Assoc* 1973;63:47-56.
- 3 Gorter KJ, Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Nontraumatic foot complaints in older people: a population-based survey of risk factors, mobility, and well-being. *J Am Podiatr Med Assoc* 2000;90:397-402.
- 4 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 5 Gorter KJ. Common foot problems, studies in the community and in general practice [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2001.
- 6 Postema K, Burm PE, Zande ME, Limbeek J. Primary metatarsalgia: the influence of a custom moulded insole and a rockerbar on plantar pressure. *Prosth Orthot Int* 1998;22:35-44.
- 7 Frey C, Thompson F, Smith J, Sanders M, Horstman H. American Orthopaedic Foot and Ankle Society women's shoe survey. *Foot Ankle* 1993;14:78-81.
- 8 White EG, Mulley GP. Footcare for the very elderly people. A community survey. *Age Ageing* 1989;18:275-8.
- 9 Crawford F, Atkins D, Edwards J. Interventions for treating plantar heel pain. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- 10 Buchbinder R, Ptasznik R, Gordon J, Buchanan J, Prabakaran V, Forbes A. Ultrasound-guided extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciitis. *JAMA* 2002;288:1364-72.
- 11 Ferrari J, Higgins JPT, Willimas RL. Interventions for treating hallux valgus (abducto-valgus) and bunions. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000, Oxford: Update Software.
- 12 Gorter KJ, Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Health care utilisation by older people with nontraumatic foot complaints. What makes the difference? *Scand J Prim Health Care* 2001;19:191-3.