

Dikke voeten

Sjoerd Hobma

Wat is het probleem?

Patiënten met dikke voeten zijn vaak bezorgd dat er 'iets met het hart is' of vragen om diuretica. Dat is meestal niet nodig. De oorzaak is doorgaans onschuldig, maar het is de kunst om deze te onderscheiden van de ernstige aandoeningen.

Wat moet ik weten?

Bij het verstrijken van de normale enkelcontouren spreken we van 'dikke voeten'. Als u er een putje in kunt drukken is er sprake van 'pitting oedeem', zo niet dan is er sprake van 'non-pitting oedeem' en ligt de oorzaak in de lymfdrainage. Dit is relatief zeldzaam en valt buiten deze bijdrage. Dikke voeten hebben een lokale of systemische oorzaak. Bij een lokale oorzaak kan het oedeem een- of tweezijdig zijn, bij een systemische oorzaak is het vrijwel altijd tweezijdig.

De meest voorkomende *lokale oorzaak* is chronisch veneuze insufficiëntie, waarbij de veneuze druk is toegenomen. Hierdoor ontstaan problemen in de veneuze afvoer. Door hoge druk wordt minder weefselvocht geresorbeerd, met oedeem als gevolg. Een trombosebeen heeft hetzelfde effect, maar komt minder vaak voor. De meest voorkomende *systemische oorzaak* is (rechtszijdig) hartfalen. Hierbij is de druk in het rechteratrium toegenomen en ontstaat door vochtretentie en verhoogde veneuze druk toename van weefselvocht in de benen. Minder vaak voorkomende – maar wel belangrijke – systemische oorzaken zijn nier- of leveraandoeningen met hypoalbuminemie, waardoor vocht niet goed wordt geresorbeerd. Deze systemische oorzaken kunt u onderscheiden door de centraal veneuze druk (CVD) te meten, deze is verhoogd bij hartfalen. Een ervaren 'timmermansoog' is dan belangrijker dan de veneuze boog. Ook myxoedeem bij hypothyreoïdie kan leiden tot dikke voeten.

Meestal bieden anamnese en lichamelijk onderzoek alleen onvoldoende zekerheid om een belangrijke diagnose te kunnen uitsluiten. Bij verdenking op een trombosebeen is een D-dimeer noodzakelijk en bij een afwijkende waarde een echodoppler. Bij verdenking op hartfalen zijn een BNP-bepaling, ECG en X-thorax de eerste eenvoudige onderzoeken; als deze niet afwijkend zijn is hartfalen onwaarschijnlijk. Bij verdenking op hartfalen geeft echocardiografie cruciale informatie over intracardiale druk en pompfunctie. Bij verdenking op hepatogene of nefrogene problemen is laboratoriumonderzoek van bloed en urine aangewezen waarbij ook eiwit en albumine worden bepaald.

Auteursgegevens

Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; dr. S.O. Hobma, huisarts en onderzoeker.
Correspondentie: sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl

De therapeutische mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van het onderliggende lijden, maar het is logisch dat u voor een lokaal probleem, zoals varices, een lokale oplossing zoekt (kous, sclerotherapie) en voor een systemische oorzaak een systemische behandeling (diuretica bij hartfalen bijvoorbeeld).

Wat moet ik doen?

Maak onderscheid tussen pitting en non-pitting oedeem en bepaal of het oedeem een- of tweezijdig is. Kijk bij eenzijdig oedeem naar tekenen van veneuze insufficiëntie (varices, pigmentaties, atrophie blanche) en risicofactoren voor een trombosebeen (eerstelijns beslisregel uit de NHG-Standaard: immobilisatie en een maligniteit zijn bekende risicofactoren). Bepaal bij verdenking op een trombosebeen op basis van de eerstelijns beslisregel en de D-dimeertest het vervolgbeleid. Verricht zonodig een echodoppler en begin zo snel mogelijk met laagmoleculairgewichtheparine. Kijk bij tweezijdig oedeem ook naar eventueel lokale oorzaken. Zoek voor systemische oorzaken naar risicofactoren voor hartfalen (familieanamnese, hypertensie, cardiale voorgeschiedenis of het bestaan van COPD), aanwijzingen voor hartfalen (dyspnoe, orthopneu, nycturie) en bekijk of de patiënt nier- of leveraandoeningen heeft. Meet de bloeddruk, voel de pols, ausculteer hart en longen (klepgebreken, posterobasaal crepiteren) en bepaal de CVD – let op: regelmatig is de CVD niet goed te bepalen! Zie af van aanvullend onderzoek als aanwijzingen voor systemische oorzaken ontbreken en er tekenen van veneuze insufficiëntie zijn. Vraag laboratoriumonderzoek aan als de oorzaak onduidelijk is: Hb, creatinine, ALAT, eiwit, albumine en eventueel TSH, BNP. Laat een ECG en X-thorax maken indien BNP-bepaling niet mogelijk is. Zijn deze niet afwijkend, dan is hartfalen ook zeer onwaarschijnlijk. Laat een echocardiogram maken als u na dit onderzoek hartfalen nog steeds niet kunt uitsluiten.

Wat moet ik uitleggen?

Stel de patiënt gerust bij de meest voorkomende oorzaak, chronisch veneuze insufficiëntie. Eenvoudige maatregelen volstaan meestal: benen hoog leggen, vermijden van lang staan en eventueel dragen van compressiekousen. Geef bij een trombosebeen informatie over de aandoening en de risicofactoren. Geef bij hartfalen uitleg over de aandoening en bespreek gewichtsvermindering en beperking van zout en vocht. Stoppen met roken, beperken van alcohol en dagelijks bewegen zijn bij hartfalen nog belangrijker dan anders. Adviseer de patiënt zich regelmatig te wegen en contact op te nemen bij snelle stijging van het gewicht.