



Spreekuur

Spreekuur is een nieuwe rubriek waarin een huisarts en een internist om de beurt ingaan op gebeurtenissen uit de medische (diabetes)praktijk.

Alexander Stork, internist

Alexander Stork (34) is arts sinds 1995. Hij is in opleiding tot internist en werkt momenteel in het Meander MC in Amersfoort.

Kees Gorter, huisarts

Kees Gorter (54) is sinds 1983 huisarts in Apeldoorn en sinds 2001 wetenschappelijk medewerker Julius Centrum, UMC Utrecht

Inhoud:

Familieziek(te)?	2
Pillenontbijt	3
Dansen tot je erbij neervalt.....	3
Bewegen in een berenvel	4
Glibbervoeten	5
Nooit vakantie van je diabetes.....	6
Minder insuline op dinsdag.....	7
Luisteren naar je voeten	8
Ouder worden met diabetes	8
Dieptevrees	9

Familieziek(te)?

Als huisarts moet ik regelmatig slecht nieuws overbrengen aan mijn patiënten. Dat is uiteraard nooit leuk voor de patiënt, maar ook niet voor de dokter. Ik vertel liever dat het allemaal mee blijkt te vallen, ondanks alle zorgen die er zijn of waren.

Enige tijd geleden zag ik een 62-jarige oud-militair op mijn spreekuur. Nadat hij met 55 jaar actieve dienst eervol was ontslagen, was hij geleidelijk wat kilootjes aangekomen. Hij had de teugels laten vieren, was minder gaan sporten en meer gaan eten. ‘De boog kan niet het hele leven gespannen zijn’, zei hij.

Omdat er in zijn familie type 2 diabetes voorkwam, zijn vader spoot insuline, had hij me gevraagd toch eens zijn bloedglucose te testen. De glucosemeting in onze praktijk was nuchter 6.8 mmol/l. Ik vertelde hem dat aanvullend onderzoek in het laboratorium van het ziekenhuis nodig was en combineerde dit met onderzoek naar de bloedvetten. De patiënt zou echter een paar weken met vakantie gaan en we besloten om daarna dit labonderzoek te doen. Toen was de nuchtere glucosewaarde 8.4. Gezien zijn overgewicht en het voorkomen van diabetes bij zijn vader, stond de diagnose type 2 diabetes voor mij wel vast.

Toen hij op mijn spreekuur terugkwam, moest ik hem het slechte nieuws vertellen: ‘U heeft diabetes’. Het leek alsof hij erop gerekend had, want hij nam het rustig op. We spraken over de verschillende oorzaken, zoals overgewicht en erfelijkheid. Erfelijke factoren spelen een belangrijke rol. Als een van de ouders type 2 diabetes heeft, dan is er een kans van één op drie á vier om het zelf ook te krijgen. Bij type 2 is sprake van een combinatie van erfelijke en leefstijlfactoren. Tussen de 80 en 90 procent van de mensen met type 2 diabetes heeft overgewicht.

In de tijd net na de diagnose diabetes, was mijn patiënt intussen weer meer gaan sporten en hij lette bovendien meer op de lijn. Dat had resultaat. In acht weken verloor hij vier kilo en na zes maanden was er maar liefst tien kilo af. Zijn nuchtere bloedglucose was nu 5.0. De enige tabletten die hij meekreeg om te slikken, waren voor zijn hoge bloeddruk. Voor de diabetes zijn tabletten voorlopig niet nodig, want een verandering in leefstijl liet meteen verbetering zien.

Wanneer iemand, met hulp van goede adviezen, zijn leefstijl kan veranderen en dat ook vol kan houden, dan neem ik daarvoor als huisarts mijn petje af. Het geeft me bovendien het prettige gevoel dat ik samen met de patiënt bezig ben om de diabetes aan te pakken. Wanneer het lukt om de patiënt deel te laten zijn van het behandelteam, dan is dat een prima manier om een chronische ziekte als diabetes te behandelen. Bij deze man ging dat bijna vanzelf en hoefde ik alleen wat adviezen te geven. Bij anderen gaat de samenwerking vaak moeizamer. Dat kan aan de dokter en/of patiënt liggen, maar is wat mij betreft alleen maar een reden om te proberen deze samenwerking tussen arts en patiënt te verbeteren.

Deze man had goed door dat hij zelf in actie moest komen toen hij van mij hoorde dat hij diabetes had en wilde en kón dat ook. Daarbij speelde mee dat hij de gevolgen van diabetes in zijn eigen familie had gezien en meegemaakt. Dat geeft maar weer aan dat je echt niet familieziek hoeft te zijn, maar dat het wel van belang is om alert te zijn op het vóórkomen van diabetes in je familie.

Pillenontbijt

Op een vroege maandagmorgen komt een ongeveer 55-jarige vrouw bij mij de spreekkamer binnen. Zij is verwezen door haar huisarts in verband met een HbA1c van 13%, en een cholesterol van 11,5. Het kwam aan het licht omdat ze zo moe was en veel moest plassen. De diagnose lijkt niet moeilijk: type 2 diabetes. Aan mij de taak om alles weer in het gareel te krijgen.

Als ze na het lichamelijk onderzoek weer aangekleed is en voor me zit, geef ik haar uitgebreid uitleg over type 2 diabetes. Het blijkt al snel dat deze dame een beetje anders is, ze is bijzonder aandachtig en ze kijkt en luistert intensief. Ik bespreek ook de behandeling. Waar vroeger volstaan werd met een zeer streng suikervrij dieet, dat we allang niet meer voorschrijven, en één of twee verschillende tabletten, hebben we nu een enorme keus aan verschillende medicijnen. Omdat deze allemaal nuttig kunnen zijn om de complicaties van diabetes en met name hart- en vaatziekten te voorkomen, is het heel normaal dat patiënten met diabetes zes of meer verschillende soorten medicijnen gebruiken. Het gaat dan om bloedglucoseverlagende medicijnen, een cholesterolverlager, diverse middelen om de bloeddruk te verlagen, een bloedverdunner, één of meerdere vitaminetabletten en wellicht insuline. Dat betekent wel dat de patiënt iedere ochtend een heel 'ontbijt' aan pillen moeten slikken. In principe voor de rest van hun leven. Dat kan een flinke impact hebben op een patiënt, dat moge duidelijk zijn, maar niet altijd is de patiënt zich daarvan bewust. Naast de mogelijke bijwerkingen van ieder medicijn heeft een dergelijke karrenvracht aan pillen ook psychologische gevolgen. Plotseling krijgen mensen met diabetes het gevoel daadwerkelijk patiënt te zijn. 'Is het zó erg niet mij?' is een gedachte die ze regelmatig overvalt als de dokter met wéér een pil aan komt zetten. Om deze reden probeer ik patiënten niet te overweldigen met te veel nieuwe medicijnen tegelijk. En vooral probeer ik uit te leggen waaróm ik vind dat het verstandig is al die medicijnen te gebruiken.

Bij mijn maandagochtendpatiënte lijkt dit wonderwel te werken. Bij het tweede bezoek zijn haar HbA1c en cholesterol flink gedaald en voelt ze zich een stuk beter. Als ik haar opnieuw onderzoek, kijkt zij mij direct in de ogen en zegt: 'O ja, de dokter met de aandachtige ogen!' Hoewel ik zelden verlegen ben, merk ik dat ik nu een beetje begin te blozen. Als ik een aantal nieuwe tabletten aan haar medicatie toevoeg is zij zelfs enthousiast. De vrouw, van wie ik mij aanvankelijk afvroeg of ze wel open stond voor de behandeling, blijkt een ideale patiënte te zijn, die op een goede manier met haar diabetes en vooral met haar gezondheid bezig is.

Het gebruik van vele verschillende soorten medicijnen is voor patiënten met type 2 (en eigenlijk ook type 1) diabetes bijna onontkoombaar. Elk van deze medicijnen kunnen de kans op complicaties verminderen, en zo de kans op een prettig leven vergroten. Niet alleen als arts is het belangrijk dit te weten, maar zeker ook als patiënt. Hoe kun je nu trouw de voorschriften volgen als je niet weet waarom je dat doet? Vraag daarom altijd aan de arts waarom hij of zij dingen voorschrijft, en vraag het zonodig gerust opnieuw. Een beetje extra inspanning kan de behandeling veel duidelijker maken, en daardoor beter laten verlopen. Daarvoor moet je elkaar soms diep in de ogen kijken.

Dansen tot je erbij neervalt

Ik ken mevrouw Van Melle al meer dan tien jaar en al die tijd heeft ze ook type 2 diabetes. Ze is 61 jaar en alleenstaand. De laatste zeven jaar gebruikt ze tweemaal daags een mix-insuline. Drie jaar geleden is haar relatie verbroken en sindsdien danst ze ook niet meer. En één- of tweemaal dansen per week: dat was haar lust en haar leven.

Hoe ik dat weet? Het is echt niet zo dat ik alle mensen met diabetes vraag of ze dansen of niet. Bij mevrouw Van Melle kwam ik erachter toen ze op mijn spreekuur kwam met de klacht dat ze de avond ervoor heel erg zweterig was geweest, een hongerig gevoel had gehad en bijna was flauwgevallen. Het was ontstaan nadat ze een uur gestijldanst had. Ze had gelukkig haar bloedglucose gemeten en die was 3,0 mmol/l, zodat de diagnose wel vaststond. Maar waarom had ze nu die hypo juist op de dansvloer gekregen?

Daar zat een voor mij in eerste instantie niet zo voor de hand liggende reden achter, namelijk van angst voor complicaties door te hoge bloedglucosewaarden. Hoe was dat zo gekomen? Mevrouw Van Melle werd destijds door mij geadviseerd over te stappen op tweemaal daags gemengde insuline, omdat ze niet goed in te stellen was met orale medicatie. Eigenlijk had ze tot op dat moment haar diabetes ontkend; informatie hierover wilde ze niet horen. Nu kreeg ze plots een heleboel voorlichting via de diëtiste en de diabetesverpleegkundige over insulinegebruik, maar ook over complicaties. En dat laatste hakte er behoorlijk in. Ze had de eerste jaren dan ook onberispelijke dagcurves en een prima HbA1c van 6.8%. Maar hoe langer de diabetes duurde, hoe meer de insulinedosis moest worden verhoogd om de bloedglucose goed geregeld te houden en daar werd ze steeds dikker van. Daarom had ze bedacht dat ze minder zou gaan eten om minder zwaar te worden en complicaties te voorkomen. Dat ging goed totdat ze een keer naar de dansavond ging zonder vooraf goed te eten en danste tot ze er letterlijk bijna bij neerviel.

Het lukte me haar ervan te overtuigen dat niet voldoende eten geen goede oplossing is om goede bloedglucosewaarden te krijgen, maar dat dansen juist wel prima is. Immers: bewegen is een van de pijlers van een goede diabetesbehandeling. Een persoon van 70 kilo zal in twaalf maanden zes kilo afvallen als hij bijvoorbeeld tien minuten per dag hardloopt, of twaalf minuten per dag zwemt, of vijftien minuten per dag fietst of twintig minuten per dag loopt. Het komt er hierbij op aan dat iemand kiest voor een manier van extra bewegen die het beste bij die persoon past. Bij mevrouw Van Melle was dat dansen; dansen tot ze ervan afviel.

Nadat haar relatie was verbroken, was ze nog even doorgegaan met dansen, maar toen gestopt omdat het zonder partner niet leuk meer was. Ze loopt wel wat extra, maar de bloedglucose is minder goed dan toen ze nog danste. Het zou mooi zijn wanneer ze een alleenstaande heer zou ontmoeten die ook graag danst. Ik heb die niet in mijn kaartenbak, maar misschien zou -in het kader van het DVN-jubileumthema 'In Beweging'- een dansavond voor alleenstaanden een mooi initiatief van de lokale DVN-afdeling zijn?

Diabc, mei 2005, jaargang 59, nummer 5 - pg. 57

Bewegen in een berenvel

Op mijn spreekuur zie ik een 38-jarige struise dame, die voor haar lengte ongeveer 15 kilo te zwaar is. Ze wordt door mij behandeld voor hoge bloeddruk, een te hoog cholesterol en sinds enige tijd ook voor diabetes. We bespreken haar gezondheid, als ze plotseling vraagt: "Dokter, mijn moeder en mijn broer hebben ook een te hoog cholesterol, hoge bloeddruk en diabetes, maar mijn tweelingzus niet. Hoe kan dat?"

Om die vraag te beantwoorden, moet ik ver terug in de geschiedenis van de mensheid. De mens is er namelijk op gebouwd om - naakt of gekleed in een berenvel - door de natuur te rennen op jacht naar voedsel. Zo nu en dan ving de mens een beer (of konijn) en de rest van de tijd werden planten gegeten. In die tijd was het belangrijk dat het lichaam in staat was om zoveel mogelijk energie uit het (schaarse) voedsel vast te houden. Degene wiens lichaam dat het beste kon, had de grootste kans op overleven. Dit is nog terug te vinden in Afrikaanse culturen, waar het juist aanzien geeft om dik te zijn. In het Westen hebben we ons de laatste paar duizend jaar, en met

name de laatste eeuw zo ver ontwikkeld, dat voeding niet meer schaars is. Er is een overvloed aan voedsel, dat bovendien steeds meer suikers en vooral meer (onverzadigde) vetten bevat. We rennen bovendien niet meer achter beren aan, maar doen steeds vaker zittend werk.

De eigenschap die vroeger zo'n groot voordeel was, is dus een nadeel geworden. Degenen die veel energie kunnen vasthouden, ontwikkelen gemakkelijk overgewicht, hoog cholesterol, hoge bloeddruk en diabetes. Deze gezondheidsproblemen - ook wel metabool syndroom genoemd - vormen een sterk verhoogd risico op het krijgen van beroertes, hartinfarcten en andere vaatproblemen. Er zijn bepaalde etnische afkomsten, waarbij die aanleg voor het metabool syndroom vaker voorkomt; een Turkse of Hindoestaanse afkomst geeft daardoor meer kans op diabetes. Aanleg speelt dus zeker een rol, maar nu we weten hoe het ontstaat, weten we ook wat we eraan kunnen doen om het metabool syndroom te voorkómen of te behandelen: minder suikers en vetten eten, en vooral meer bewegen.

Als ik dit aan mijn patiënte uitleg, begrijpt ze plotseling waarom haar tweelingzus niet dezelfde gezondheidsproblemen heeft. De tweelingzus, die aan de andere kant van het land woont, is een fervent roeister met een eigen groentetuintje. Ik leg mijn patiënte uit dat zij niet per se ook hoeft te gaan roeien. Belangrijk is wel om te gaan bewegen. Een half uur per dag wandelen heeft al veel gunstige effecten, en je verbrandt ook veel calorieën met sex en met werken in de tuin. Aan u de keuze! Als je een sport kiest, kies er dan één die bij je past (dus niet gaan basketballen als je 1.60 meter bent), en vooral een sport die je leuk vindt om te doen.

Tot slot vertel ik mijn patiënte dat het omgaan met voeding en beweging al vroeg in de jeugd wordt geleerd en dat de leefstijl van de ouders (onbewust) door kinderen wordt overgenomen. Mijn patiënte vertrekt vol goede moed naar huis. Nu maar hopen dat ze in beweging komt!

Alexander Stork, internist

Diabc, juni 2005, jaargang 59, nummer 6 - pg. 31

Glibbervoeten

De heer Knol (86) komt regelmatig op mijn spreekuur. Ditmaal was de gepensioneerde bakker naar de praktijk gekomen voor de jaarlijks controle. Ik ken hem al zo'n 11 jaar. Een opgewekte man, die het leven probeert te nemen zoals het is, ook al is dat leven niet altijd even makkelijk. Voordat de diagnose diabetes type 2 werd gesteld, had hij al twee jaar prostaatkanker. Maar dat gaat de laatste tijd gelukkig goed.

Tijdens de jaarlijkse controle voor type 2 diabetes bij de huisarts wordt o.a. extra aandacht besteed aan de bloedvaten. Zowel van nieren, ogen en voeten als die van hart en hersenen. De heer Knol had daarom een dubbele afspraak gemaakt, zodat we rustig alles op een rijtje konden zetten.

Toen ik mijn patiënt drie jaar geleden, vlak na het ontdekken van zijn diabetes, had gevraagd of hij wel eens last had van koude voeten, tintelingen of pijn in de kuiten bij lopen, ontkende hij dit. Bij het onderzoek op de onderzoeksbank voelden de voeten weliswaar niet koud aan, maar de bloedvaten kon ik niet voelen kloppen.

De voeten zagen er verder stevig en prachtig uit, geen overmatige eeltvorming of afwijkingen van de stand. Maar er waren wel gevoelsstoornissen bij de tenen en de bal van de voet, waar deze patiënt totaal geen weet van had gehad. Meneer Knol was erg verbaasd dat hem dit nooit eerder was opgevallen. Dat is nu zo'n valkuil voor arts en patiënt: alleen met vragen lukt het vaak niet om een goede inschatting te maken van de risico's voor de voeten van mensen met diabetes. Daarom verdienen de voeten extra aandacht van de arts en van de patiënt. In de richtlijnen wordt dan ook

aangeraden om voeten zoals die van de heer Knol elke drie maanden te controleren. Bij de risico's gaat het vooral om de gevolgen van de gevoelsstoornissen (sensibele neuropathie). Als je onvoldoende gewaarschuwd wordt - door pijn of druk - dat er bijvoorbeeld iets in je schoen zit en je loopt daar een halve dag mee door, kan dat een vervelende blaar geven. Een riskante situatie! Want als er bijvoorbeeld veel eelt of een eksteroog onder de bal van de voet zit - en je voelt dit niet bij het lopen - dan kan er onder dat eelt een blaar komen die pas na dagen of weken openknapt. Ondertussen raakt de zool van de voet behoorlijk beschadigd. De meest gevaarlijke complicatie daarbij is een infectie, omdat deze zich zo snel kan uitbreiden, dat hierdoor zelfs risico op amputatie kan ontstaan. Om deze ellende te voorkomen, krijgen mensen met 'risico-voeten' van ons speciale adviezen zoals: loop nooit op blote voeten, bekijk je voeten dagelijks aan de onderkant en gebruik daarbij zo nodig een spiegel of schakel een huisgenoot in; vraag een pedicure met aantekening diabetische voet je nagels te verzorgen en was je voeten dagelijks met lauw water, dep ze droog en wrijf ze in met een vette voetcrème maar niet tussen de tenen.

Vandaag liet de heer Knol zien dat hij goed op de hoogte is van de speciale verzorging van risicovoeten. Zijn voeten zagen er zeer verzorgd uit. Hij vertrouwde me toe, dat hij het invetten van de voeten tegenwoordig niet meer dagelijks, maar om de andere dag deed. "Het werd me gewoon veel te vet, dokter", vertelde hij, "steeds als ik mijn voeten had ingevet, was het net of ik weer op schaatsen stond! Ik glibberde en gleeed bijna onderuit, zoals op glad ijs..." Je bent nooit te oud om te leren, ook niet als huisarts.

Kees Gorter, huisarts

Diabc, juli-augustus 2005, jaargang 59, nummer 7-8 – pg. 39

Nooit vakantie van je diabetes

Op de afdeling Interne Geneeskunde wordt een 18-jarige student opgenomen met een bloedglucosewaarde van 28 mmol/l. Veel te hoog en de diagnose diabetes is onvermijdelijk. Er is al even met de jongen en zijn ouders gesproken op de afdeling Eerste -Hulp, maar als ik hen even later ontmoet is de jongen nog steeds verbijsterd. Hij weet niet goed wat hem overkomt. Zijn vader is vooral boos. Boos op de ziekte, boos ook dat andere dokters de diabetes eerder over het hoofd hebben gezien. Hij is ook angstig en ongerust over de toekomst van zijn zoon. Geduldig beantwoord ik al hun vragen, maar van acceptatie kan enkele uren na de diagnose vanzelfsprekend nog geen sprake zijn.

Het is niet niks om te horen dat je diabetes hebt. Diabetes heeft gevolgen voor het hele verdere leven. Je moet dagelijks medicijnen gebruiken, nadenken over eten, jezelf controleren, op gezette tijden naar de dokter voor controle en steeds waakzaam zijn voor te hoge of te lage bloedglucosewaarden. Om over de complicaties die boven het hoofd kunnen hangen nog maar te zwijgen. Je hebt nooit vakantie van je diabetes. Een belangrijke stap in het proces van accepteren, is het besef dat diabetes weliswaar onrechtvaardig is, maar niet te ontlopen. Of je wilt of niet: de diabetes hoort voortaan bij je. Het kost tijd om aan dit idee te wennen. Ontkenning, boosheid en het stellen van de vraag waarom zijn belangrijke fases in de acceptatie. Ieder zal dat proces op zijn eigen manier doorlopen, zowel de patiënt als zijn directe omgeving. Dat kan zijn alleen, met familie en vrienden, met een psycholoog of lotgenoten. Meestal is het een moeizaam proces dat vele jaren kan duren, en door sommigen nooit voltooid wordt. Maar de acceptatie is wel essentieel. Ontkenning of afkeer van diabetes - of zelfs van het eigen lichaam - kunnen de behandeling enorm in de weg staan en gevaarlijke situaties veroorzaken. Bovenal, het levensgeluk kan erdoor afnemen of zelfs verdwijnen.

Nadat de 18-jarige student met insuline is begonnen en, eenmaal opgeknapt, weer naar huis is gegaan, komt hij tot twee maal toe niet opdagen op een afspraak op de polikliniek. Omdat ik bang ben dat hij zich aan controle onttrekt, bel ik hem beide keren voor een nieuwe afspraak. Hij zegt dat het goed met

hem gaat, maar als hij dan met zijn vader op mijn spreekuur komt, zie ik dat mijn ongerustheid terecht is. De diabetes is prima ingesteld. De jongen past de voeding en doseringen wat losjes, maar toch redelijk goed aan. Maar psychisch gaat het helaas veel minder met hem. Hij lijkt somber en passief en is gestopt met zijn sport. Ik bespreek mijn ongerustheid met beiden en spreek opnieuw over de toekomst en over acceptatie. Enkele maanden later komt hij opnieuw, ditmaal alleen, en ik zie direct dat het veel beter met hem gaat. Hij is opgewekt, voelt zich goed en sport weer. Kennelijk heeft hij heel veel (geestelijk) werk verricht. Het proces van acceptatie lijkt begonnen.

Alexander Stork, internist

Diabc, september 2005, jaargang 59, nummer 9 – pg. 27

Minder insuline op dinsdag

Onlangs kwam de 78-jarige mevrouw Poort op mijn spreekuur. Ze vertelde me dat ze nog maar pas in onze wijk woonde en op zoek was gegaan naar een nieuwe huisarts. Ik vraag nieuwe patiënten altijd om een keer langs te komen op mijn spreekuur, kort na inschrijving in de praktijk. Op die manier kan ik de gegevens van de vorige huisarts samen met de patiënt doornemen en eventuele onduidelijkheden in de medische voorgeschiedenis meteen navragen.

Mevrouw Poort is enkele jaren geleden weduwe geworden. Haar enige dochter, die ook patiënt is in mijn praktijk, had haar gevraagd om wat dichterbij te komen wonen. Mevrouw Poort had vroeger op een naaiatelier gewerkt en deed haar hele huishouden nog zelfstandig. Ze woonde in een seniorenwoning met een begane grond en een eerste verdieping. Daar had ze bewust weer voor gekozen. Zo had ze genoeg ruimte om haar hobby uit te oefenen: zelf kleding maken. Bovendien kwam die ruimte ook goed van pas bij het drogen van de wekelijkse was.

Ze vertelde me dat ze sinds vijftien jaar diabetes type 2 heeft. Eerst kreeg ze daarvoor tabletten. De vorige huisarts controleerde haar regelmatig. Maar zeven jaar geleden lukte het niet meer om de bloedglucose met alleen tabletten goed te regelen en was ze overgestapt op insuline. Ze gebruikte zes dagen tweemaal daags gemengde insuline: 26 eenheden 's morgens en 14 eenheden 's avonds.

Ik keek haar verbaasd aan: zes dagen? `Ja', zei ze. 'Op dinsdag gebruik ik 's morgens 22 eenheden, want dinsdag is mijn wasdag. Toen ik nog elke dag dezelfde hoeveelheid insuline gebruikte, was ik dinsdagmiddag altijd zo duizelig en moe. Na een tijdje kwam ik erachter dat dat kwam doordat ik de hele dag bezig was met de was; eerst in de wasmachine en in de droger en daarna de trap op en af om de was boven netjes op te hangen. Ik kwam eigenlijk elke week in een hypo terecht. Door wat dextro te eten werd de duizeligheid wel minder, maar toen bedacht ik dat ik op de wasdag beter wat minder insuline kon spuiten. Ik heb het met mijn vorige huisarts overlegd en die was het er helemaal mee eens.'

Ze keek me aan om te zien wat ik er van vond. Ik vond het prima en was onder de indruk van zoveel zelfredzaamheid. Heerlijk wanneer mensen met diabetes zelf meehelpen en meedenken om hun diabetes goed in te stellen. Het is een voorrecht om als huisarts daarbij te assisteren.

In juli verscheen er een artikel over zelfregulatie in Diabc. Hierin wordt beschreven dat meten (zelfcontrole) een voorwaarde is voor inspelen op de meting (zelfregulatie). Het bovenstaande verhaal is hierop een variant: mevrouw Poort had zelf gemerkt dat er een verband bestond tussen een lage bloedglucose en haar extra activiteiten tijdens de wasdag op dinsdag. Door haar vaste routine kwam dit elke week weer terug. En daarvoor hoefde ze niet apart te meten. Ze nam van te voren haar maatregelen en verlaagde de ochtenddosering insuline, op dinsdag!

Kees Gorter, huisarts

Luisteren naar je voeten

Een ongeveer 60-jarige patiënt komt met zijn echtgenote. Een aardige, enigszins dikke man, die ik nog nooit eerder heb gezien. Hiervoor werd hij door de diabetesverpleegkundige en een andere dokter behandeld. We maken kennis, spreken wat over zijn diabetes, en ik verneem dat alles prima gaat. Hij heeft helemaal geen klachten, zelden hypo's en ook zijn HbA1c is in orde. Pas aan het einde van het consult vertelt hij, dat hij al een aantal weken een wondje heeft aan zijn enkel dat steeds groter wordt. Bij zo'n mededeling gaan direct mijn alarmbellen rinkelen. Op het been blijkt een guldgrote wond te zitten die gelukkig niet ontstoken is. Dat deze wond een ernstige bedreiging van z'n been kan zijn, had mijn patiënt nog niet beseft, en lijkt ook na mijn uitleg amper tot hem door te dringen.

Voeten van mensen met diabetes zijn kwetsbaarder dan van anderen. Beschadiging van de zenuwen (neuropathie) zorgt ervoor dat pijn minder of helemaal niet gevoeld wordt. Het waarschuwingssignaal dat de voeten normaliter geven in situaties waarin ze beschadigd kunnen raken, zoals bijvoorbeeld scherpe dingen op de grond en knellende schoenen, komt niet door. Als een wondje eenmaal ontstaan is, merk je het niet op, en kun je het dus niet verzorgen. Bovendien is door een aantal factoren ook de genezing van het wondje minder goed. En zo zijn er nog wel een paar dingen te noemen die je voeten niet 'meezitten' als je diabetes hebt.

De adviezen die gegeven worden (voetinspectie, goed schoeisel, niet zonder schoen lopen enzovoort) zijn bij de meeste mensen met diabetes wel bekend. Goede en vroegtijdige behandeling van diabetes maakt de kans op voetproblemen kleiner. Hopelijk neemt ook het aantal amputaties met de huidige, steeds intensievere, behandeling, nog verder af. Belangrijk vooral is echter het besef dat dit werkelijk een belangrijk onderwerp is. We willen immers allemaal een zo normaal en prettig mogelijk leven leiden.

Na wat telefoontjes kan mijn patiënt direct naar de wondverpleegkundige, waar de wond goed verzorgd zal worden, en zonodig de dermatoloog, podotherapeut of zelfs chirurg zal worden ingeschakeld. Een paar weken later zit hij optimistisch en ook wel een beetje trots tegenover mij. De wond blijkt gelukkig geheel gesloten, en het gevaar is (voorlopig) geweken. Na mijn spreekuur ga ik op de afdeling chirurgie langs een andere patiënte. Zij heeft een paar dagen eerder een amputatie van haar voorvoet ondergaan. Haar voet was niet meer te redden en zij is, begrijpelijk, erg verdrietig hierover. Ik probeer haar wat moed in te spreken. Als ik daarna wegloop om te gaan lunchen, peins ik nog eens over mijn eigen houding ten opzichte van voetzorg. Ik denk dat als we met z'n allen, dokters en patiënten, daar nog meer zorg aan besteden, we veel ellende kunnen voorkomen. 14 November is het Wereld Diabetes Dag. Niet voor niets is het mondiale thema: 'Tut feet first'. Ik hoop dat daar wel naar geluisterd wordt; ik zal het zeker doen.

Alexander Stork, internist

Ouder worden met diabetes

De heer Abels (73) komt al tien jaar op mijn spreekuur in verband met zijn diabetes type 2. Sinds een paar jaar heeft zijn vrouw ook diabetes.

De diabetes bij meneer Abels werd ontdekt nadat hij een hartinfarct had gekregen. Vroeger werd gedacht dat de verhoogde bloedglucosewaarden een bijverschijnsel waren van de stress van het hartinfarct en de ziekenhuisopname. Tegenwoordig weten we beter en wordt er juist speciaal gelet op mensen die een vaatziekte (zoals een beroerte of een hartinfarct) krijgen. Zij lopen namelijk een

groter risico op diabetes. Daarom wordt er bij alle vaatpatiënten tegenwoordig regelmatig de bloedglucose gecontroleerd.

Na zijn hartinfarct was meneer Abels gestopt met roken. Hij kreeg tabletten om zijn diabetes te regelen, maar ook voor zijn hoge bloeddruk en te hoog cholesterol. Allemaal risicofactoren voor een (nieuwe) hartvaatziekte. Tien jaar geleden probeerden we meneer Abels ook al te helpen met leefstijladviezen zoals afvallen en stoppen met roken. Nadruk leggen op meer bewegen en gezonde voeding; dat is echter iets van de laatste jaren.

De grootste verandering in de behandeling is echter opgetreden in de steeds meer aangescherpte lagere streefwaarden voor bloedglucosewaarde, bloeddruk en bloedvetten. Deze streefwaarden waren tien jaar geleden aanzienlijk hoger dan nu. Goede regulering van deze risicofactoren voor hart- en vaatziekten biedt bescherming tegen hartinfarcten en beroertes, zo is inmiddels gebleken uit goed opgezette wetenschappelijke studies. Daarom worden er de laatste jaren ook véél meer tabletten voorgeschreven.

Tien jaar geleden kreeg meneer Abels één soort tabletten voor zijn verhoogde bloedglucose en één soort voor zijn verhoogde cholesterol. Hij gebruikte in totaal vier tabletten per dag.

Er worden de laatste jaren véél meer tabletten voorgeschreven

Tegenwoordig gebruikt hij insuline plus één tablet voor zijn diabetes, plus één tablet voor zijn verhoogd cholesterol, drie tabletten voor verhoogde bloeddruk plus een bloedverdunner. Totaal twee injecties en 12 tabletten, elke dag. Hij rookt nog steeds niet, is redelijk actief, goed op gewicht en geestelijk fit en komt zelfstandig op mijn spreekuur voor zijn controles. En dit ondanks een nieuw hartinfarct twee jaar geleden en ernstige hartritmestoornissen vorig jaar waarvoor toen een defibrillator werd geïmplant. Bij dit alles heeft meneer Abels dan ook nog de zorg voor zijn echtgenote, die toenemend vergeetachtig wordt.

Het sterk verhoogde risico dat mensen met diabetes lopen om vroegtijdig te overlijden aan een hartvaatziekte kan worden verlaagd door het opvolgen van leefstijladviezen meestal in combinatie met een flinke serie tabletten. Op deze manier lukt het steeds meer mensen om - ondanks de bestaande of dreigende hartvaatziekten - toch tot op hoge leeftijd een actief bestaan te leiden met diabetes.

Kees Gorter, huisarts

Diabc, december 2005, jaargang 59, nummer 12 - pg. 29

Dieptevrees

Op de verjaardag van mijn moeder raak ik in gesprek met een familielid van mij dat diabetes heeft. We spreken over de nieuwste glucosemeters en automatisch komen hypo's ter sprake. Mijn familielid vertelt regelmatig 's nachts hypo's te hebben. Hij wordt daar gelukkig wel wakker van, maar voelt zich erg naar, en ook de volgende dag merkt hij de gevolgen nog. Eigenlijk doet hij er heel luchtig over, alsof het er nu eenmaal bij hoort. Maar niet ver van ons vandaan staat zijn vrouw. Als zij merkt waar wij het over hebben, krijg ik van haar te horen hoe groot de last eigenlijk is. Ze blijkt erg bang te zijn voor nachtelijke hypo's, dieptevrees zou je kunnen zeggen, vooral dat ze er een keer te laat bij zal zijn en haar man 'erin blijft'. Na een hypo van haar man slaapt zij de rest van de nacht niet meer. Hij wel.

In het streven naar zo normaal mogelijke bloedglucosewaarden bij mensen met diabetes zijn hypo's onvermijdelijk. Als het normale regelsysteem van het lichaam faalt, zoals bij diabetes, kunnen we dat (nu nog) alleen maar opvangen met middelen die verre van perfect zijn. Insuline

wordt in grote porties gespoten op een plaats waar dat eigenlijk helemaal niet hoort (vlak onder de huid), en de productie van insuline kan door middel van tabletten gestimuleerd worden op momenten dat dat eigenlijk helemaal niet nodig is. Daarom kan iedereen die insuline of tabletten gebruikt hypo's krijgen, hoewel ze vaker voorkomen bij insulinegebruik dan bij tabletten en vaker bij type 1 dan bij type 2 diabetes.

'Het is onterecht als er luchtig wordt gedaan over hypo's'

Hypo's zijn het grootste probleem bij de behandeling van diabetes. Naast het vervelende gevoel kunnen ze ook hinderen in het dagelijks functioneren en soms zelfs gevaar opleveren, bijvoorbeeld tijdens autorijden. 's Nachts kunnen hypo's heel bedreigend overkomen. Je wordt erdoor geconfronteerd met je ziek-zijn. De angst voor hypo's kan zo een goede instelling van de diabetes verhinderen, het levensgeluk verminderen, en bij sommige mensen zelfs hun leven regeren! 1-let is daarom onterecht als er luchtig wordt gedaan over hypo's. Daarom vind ik ook de nieuwe langwerkende insulines (Lantus en Levemir) een grote stap voorwaarts. Hun effect op het klbAlc (de 'gemiddelde glucosewaarde') is niet zo groot als we aanvankelijk hoopten, maar het aantal hypo's, met name gedurende de nacht, kan er bij veel mensen flink door afnemen. Het is goed om met uw arts te spreken over uw (angst voor) hypo's en te zien of bepaalde maatregelen - bijvoorbeeld een andere insuline verbetering kunnen geven.

Tussen de taart en de hartige hapjes door begrijp ik dat ook bij mijn familielid hypo's een belangrijke impact op zijn leven hebben, en niet in het minst op dat van zijn vrouw. Ik adviseer hem eens met zijn eigen internist over de nieuwe langwerkende insulines te praten. Op de verjaardag van mijn vader, een halfjaar later, komt hij enthousiast naar mij toe. Hij heeft een andere insuline gekregen, en heeft sindsdien minder vaak nachtelijke hypo's. Hij voelt zich daardoor minder patiënt, en hij en zijn vrouw slapen allebei beter. Voor mij is de verjaardag daarna extra feestelijk.
Alexander Stork, internist