

Spreekuur - Mijn praktijk

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

Mijn praktijk is een rubriek waarin elke maand een andere diabetesspecialist of diabeteshulpverlener een voorval beschrijft uit zijn of haar praktijk.



Inhoud:

Hond bijt man.....	2
Een kwestie van tijd	3
Weer tot ziekenhuis veroordeeld?.....	4
Dagboek in de lente	5
Sterk verminderd zicht	6
Toekomst	7
Als de emoties hoog oplopen.....	8
Stoppen met insuline?!.....	9
Wanhopig.....	10
Terug in de tijd	11

Hond bijt man

*Alexander Stork is internist en werkt in het AMC Amsterdam
Diabc, januari 2007, jaargang 61, nummer 1 – pg. 41*

Opvallend is dat honden blijkbaar ook hypo's kunnen opmerken terwijl de baas slaapt

Afgelopen jaren was mijn 37-jarige patiënt op een goede manier bezig met zijn diabetes en had mooie, lage glucosewaarden. Dit laatste ging soms wel gepaard met hypo's, die hij echter altijd goed wist op te vangen. Wel gaf hij bij de laatste controle aan de hypo's af en toe wat later te voelen aankomen. Op de bewuste dag was hij gaan hardlopen met zijn hond. Het lopen ging net zo lekker, dat hij besloot niet tien, maar vijftien kilometer te lopen.

Bij terugkeer liet hij de hond nog even in de tuin en stapte zelf naar binnen. De koelkast heeft hij niet gehaald want onderweg werd hij overvallen door een hypo, waardoor hij het bewustzijn verloor. Of zijn trouwe viervoeter dit heeft aangevoeld of dat het dier gewoon honger kreeg, zullen we waarschijnlijk nooit zeker weten. Maar toen het baasje niet reageerde op het geblaf, besloot de hond niet geduldig af te wachten, maar sprong het dier dwars dóór een ruit, en vond zijn baas bewusteloos op de grond. Toen de man bij weer bewustzijn kwam - voldoende om zichzelf wat glucose te geven - bleek hij behoorlijk te zijn 'wakker' gebeten door de hond. De huid van zijn hand, bovenarm en bovenbenen was flink stuk, en op plaatsen geheel verdwenen, maar mijn patiënt was wel gered!

Dit verhaal is niet uniek. In het kerstnummer van 2000 van het British Medical Journal, een vooraanstaand medisch tijdschrift staat 'een nieuw, niet invasief, biocompatibel en patiëntvriendelijk alarmsysteem tegen hypoglycaemieën' beschreven. Drie vergelijkbare situaties worden beschreven, waarbij patiënten werden gewaarschuwd voor hypo's door hun honden; het betrof twee bastaards en een golden retriever. De schrijver speculeert over de reden dat de honden in actie kwamen: was het de veranderde geur van de baas, waren het trillingen, was een verandering in hun gedrag of een 'zesde zintuig'? Dit laatste is natuurlijk het meest interessant, maar voor geen van de voorgestelde mogelijkheden bestaat er enig bewijs. Opvallend is dat honden blijkbaar ook hypo's kunnen opmerken terwijl de baas slaapt, en zelfs zonder dat zij in diens directe omgeving zijn, net zoals bij mijn patiënt. Later is dit verhaal ook gepresenteerd op een internationaal congres.

Ik zou niemand willen aanraden om voor het ontdekken van hypo's te vertrouwen op een hond, hoewel het in ieder geval voor mijn patiënt wel heel prettig is geweest dat hij zijn hond had. Of hij niet gewoon vanzelf bij bewustzijn zou zijn gekomen, zullen we natuurlijk nooit zeker weten. Met een aantal huidtransplantaties zijn de wonden geheeld en kan hij zijn hand weer gebruiken. De hond kreeg een flinke beloning.

Oproep

Hebt u ook iets bijzonders meegemaakt met uw hond, kat of een ander huisdier bij een hypo? Stuur ons uw ervaring, e-mail diabc@dun.nl o.v.v. huisdier en hypo. Of stuur een briefje naar DVN, t.a.v. redactie Diabc, Postbus 470, 3830 AM Leusden.

Een kwestie van tijd

Mirjam Schouten is kinderdiabetesverpleegkundige bij Tergooiziekenhuizen locatie Blaricum en bestuurslid van de landelijke Werkgroep Kinderdiabetesverpleegkundigen (WKDV), een onderdeel van de EADV.

Diabc, februari 2007, jaargang 61, nummer 2 – pg. 31

De afspraak is: kom even langs met je bloedsuikers. Het zijn altijd korte bezoekjes.

Pubers komen soms wekelijks op de poli, het is een kwestie van pappen en nathouden. Zo ook Wessel, hij is 16 jaar en zit in het examenjaar van de havo.

Of hij alle geneugten van sex, drugs en rock 'n' roll al onder de knie heeft weet ik niet, maar hij komt een heel eind. Tot op zekere hoogte is hij daarover ook best openhartig. Hij ploft tegenover mij in de stoel, petje boven zijn slaperige gezicht, hij lijkt afwezig. Hij komt niet met tegenzin of alleen omdat het weer een uurtje van school scheelt, maar ook omdat iets diep in hem zegt dat dit bezoek ergens goed voor is. Hij komt altijd trouw!

Meestal haalt hij een verfrommeld briefje met notities over bloedsuikers uit zijn achterzak, de afspraak is: kom even langs met je bloedsuikers. Eén dagcurve per week. Het zijn altijd korte bezoekjes.

Ik bestook hem zo min mogelijk met goed bedoelde adviezen en leefregels. Wel vertel ik hem hoe hij zo veel mogelijk zijn leven naar zijn hand kan zetten met zo goed mogelijke bloedsuikers. Af en toe vertel ik iets over complicaties. Maar dat is natuurlijk de ver van zijn bed show.

De intensieve begeleiding leidde tot een goed contact en meer bewustwording van het belang van een betere instelling, maar in eerste instantie niet tot verbetering van zijn HbA1c. Hij wil wel, maar het lukt zo lastig.

Zijn ouders maken zich zorgen. Hij maakt er ook wel een potje van. Een tijdje terug nog spoot hij al fietsend een flinke portie insuline bij; hij zat hoog en was onderweg naar onze tienerpoli.

Op school spuit hij tussen de middag regelmatig geen insuline. En bij thuiskomst en in de avond liggen dan naast boterhammen veel zoete verleidingen op de loer. Je moet spuiten, Wessel!!! Je zult moe en lusteloos zijn met al die hoge waardes, Door zijn angst voor hypo's spuit hij regelmatig te weinig insuline.

En dan al dat uitgaan, het zwarte gat waarin alle leefstijladviezen verdwijnen: alcohol, roken, jointje, dansen en tenslotte de snackbar, hoe gaat een lijf met diabetes daar op reageren?

Natuurlijk stellen ouders en het ziekenhuis regels: niet meer dan 3 glazen alcohol op een avond, bloedsuiker prikken als je thuiskomt, iets te eten in je zak. Maar ja, regels zijn er om overtreden te worden. Verbieden om uit te gaan is geen optie. En wat doe je zo lang je kind het verder best goed doet, een lekker joch met flinke puberstreken, die op school redelijke cijfers haalt.

De laatste tijd lijkt de aanpak van geduld, structuur, handvatten geven en regelmatig contact zijn vruchten af te werpen. Wessel spuit adequater zijn insuline en 'vergeet' het minder. Hij wil echt een beter HbA1c en zie: zijn HbA1c is in een kleine 3 maanden een volle punt gezakt! Ik heb er vertrouwen in dat hij dit beter gaat volhouden. Hij is zelfs gestopt met roken! Volgend jaar wil hij naar de pabo en nu helpt hij kinderen bij de zwemles. JA, hier doe ik het voor!

Weer tot ziekenhuis veroordeeld?

*Prof. dr. B.H.R. Wolfenbuttel is als hoogleraar verbonden aan de Rijks Universiteit Groningen, werkzaam bij het UMCG, hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie en mede-auteur van de website www.diabetes.nl
Diabc, maart 2007, jaargang 61, nummer 3 – pg. 41*

Met behulp van een speciale vacuümpomp kan een goed resultaat worden bereikt bij de wondgenezing

In deze rubriek beschrijft een arts gewoonlijk een casus uit de praktijk. Graag maak ik van de uitnodiging gebruik, om de lezers van Diabc ditmaal eens een kijkje te geven in wat diabetesprofessionals achter de schermen zoal meemaken met zorgverzekeraars.

Een voetulcus is een ellendige complicatie. Slecht helende of geïnfecteerde wonden aan de voeten kunnen ontstaan door een combinatie van neuropathie (zenuwschade) en vaatvernauwing. Mensen met diabetes die een voetulcus hebben, behoeven vaak intensieve behandeling, waarbij meerdere specialisten betrokken zijn. Bij de behandeling spelen vele factoren een rol: een goede diabetesregulatie, maar ook goede behandeling met antibiotica, als er sprake is van infectie en soms herstel van verstopte bloedvaten. Nogal eens wordt gebruik gemaakt van behandeling met gips, en steeds vaker wordt VAC-behandeling toegepast. Met behulp van een speciaal wondverband en een speciale vacuümpomp kan een goed resultaat worden bereikt bij de wondgenezing. Zo'n behandeling met negatieve druk kan de sluiting van grote voetwonden bij diabetespatiënten versnellen, en is zeer kosteneffectief gebleken. Met deze behandeling wordt de wond veel sneller schoon, en geneest deze ook veel sneller. Bij heel grote wonden is het daardoor mogelijk om veel sneller een stukje huid op de wond te transplanteren, zodat de wond optimaal kan genezen.

Een VAC-behandeling is kortom supersimpel en kan goed in de thuissituatie worden gedaan, zodat een dure en vervelende opname in het ziekenhuis wordt voorkomen. Tot nu toe lijkt alles koek en ei. Maar wat blijkt? Voor een behandeling thuis moet een VAC-pomp voor een aantal weken worden gehuurd. Een aantal zorgverzekeraars heeft nu het voornemen om de financiering van het huren van VAC-pompen in de thuissituatie stop te zetten. Dit zou betekenen dat voor een VAC-behandeling patiënten weer moeten worden opgenomen in het ziekenhuis, waardoor de behandeling vele honderden euro's per dag extra gaat kosten. Als alternatief wordt voorgesteld dat ziekenhuizen zelf gaan betalen voor de behandeling met VAC-pompen in de thuissituatie. En dat lijkt de situatie op zijn kop. Als ziekenhuizen moeten gaan betalen voor thuisbehandelingen, doen zij dat uit budget wat zij eigenlijk niet hebben, of uit budget wat voor andere doeleinden is bedoeld. Het lijkt een beetje op de situatie met de dure kankergeneesmiddelen, waarover vorig jaar zo'n ophef was. Patiënten kregen deze middelen niet voorgeschreven, omdat er in de ziekenhuizen geen geld voor was. Uiteindelijk is hiervoor wel een oplossing gekomen, maar alleen na vele protesten van dokters en patiënten.

Een VAC-behandeling is goedkoper en patiëntvriendelijker, als deze in de thuissituatie wordt toegepast. Het is dan ook volstrekt onbegrijpelijk waarom deze behandeling thuis niet meer zou worden vergoed. Als een regisseur door de acteurs die in zijn film meespelen niet wordt begrepen, is het resultaat een abominabel slechte film. De gezondheidszorg heeft behoefte aan begrijpelijke zorgregisseurs. Enig idee waar we die kunnen vinden?

Dagboek in de lente

*Syska Walgemoet is diëtist bij het diabetesteam van Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn
Diabc, april 2007, jaargang 61, nummer 4 – pg. 41*

Sinds Gijs niet meer werkt, is zijn leefstijl flink veranderd en is de structuur er ook een beetje uit.



Het is dinsdagochtend, buiten is het weliswaar nog fris, maar het zonnetje schijnt lekker. Vandaag voor mij, diëtist in het ziekenhuis, een gecombineerd spreekuur met de diabetesverpleegkundige. Iedereen die op het spreekuur komt, ziet eerst de diëtist en daarna de diabetesverpleegkundige. Alles is in orde, de spreekuur-lijst is bekeken, de dossiers zijn opgezocht en met een kopje thee bekijk ik met de diabetesverpleegkundige wat ons vanochtend te wachten staat.

Gijs van Willigen (65) is de eerste die de spreekkamer binnen stapt. Gijs heeft al een aantal jaren diabetes, hij spuit drie keer kortwerkende en één keer middellangwerkende insuline. Zijn diabetes was altijd prima onder controle. Gijs is sinds vorig jaar gestopt met werken. Als boekhouder zat hij hele dagen op kantoor, maar nu hij met pensioen is, fietst hij graag en is hij regelmatig in zijn tuin in de weer. Hij voelt zich nog fit en is sinds de prille lente actief met dingen waarvoor hij eerder nooit de tijd had. Hij geniet er volop van, vertelt hij, maar krijgt wel vaak hypo's. Daar had hij toen hij nog op kantoor werkte nooit zoveel last van. Ik zie aan de bloeduitslagen dat zijn regulatie minder goed is dan voorheen. Gijs vertelt me dat hij in de wintertijd veel minder gedaan heeft en iets teveel heeft gegeten, waardoor hij ook nog drie kilo is aangekomen. "Nu ik thuis ben zit ik vaker met mijn vrouw aan de tafel en snoepen we nog wel eens een koekje of een broodje extra", vertelt hij grijnzend.

Nadat we alles op een rijtje hebben gezet, trekken we samen conclusies. Sinds Gijs niet meer werkt, is zijn leefstijl flink veranderd en is de structuur er ook een beetje uit. Hij heeft zijn insuline niet aangepast aan zijn nieuwe leefstijl. Door het actief bezig zijn, krijgt hij sneller hypo's en vergeet hij om juist dan tussendoor te eten. Het aanpassen van de maaltijdinsuline bij een activiteit had hij niet eerder bij de hand gehad. Van het extra eten is hij aangekomen.

Ik adviseer Gijs gedurende een week een uitgebreid diabetesdagboek in te vullen, waarin hij noteert wat hij eet, koolhydraten telt en wat hij aan activiteiten doet, plus zijn glucosewaarden en de insulinehoeveelheden. Met de notities in het dagboek kan Gijs zelf zijn handelen bekijken en kunnen we over een aantal weken zien hoe het beter kan. Dat uitgebreid laten noteren is voor mensen meestal een eye-opener. Ze zien opeens zelf wat er beter kan, en ook kan ik als diëtist het probleem meteen duidelijk maken.

Nadat ik van Gijs nog een goede tip krijg over tuinplanten, staat de diabetesverpleegkundige alweer voor de deur om hem op te halen; zij kan nu dus direct de vragen van Gijs over het zelf reguleren verder beantwoorden.

Over drie weken zie ik Gijs weer terug en kunnen we samen het dagboek bespreken.

Sterk verminderd zicht

*Mw. dr. Annette Mol is oogarts bij het VU medisch centrum Amsterdam.
Diabc, mei 2005, jaargang 59, nummer 5 – pg. 10-15*

Een goede instelling van de bloedglucose is van groot belang: zonder dat heeft het weinig zin om te proberen oogcomplicaties te behandelen.

De man kwam begin dit jaar naar de poli, omdat hij steeds minder goed was gaan zien. Met zijn rechteroog zag hij sinds enkele weken al wazig, en opeens was nu het gezichtsvermogen in zijn linkeroog ook slecht. Hij heeft een eigen bedrijf en naar eigen zeggen: 'eigenlijk geen tijd om ziek te zijn'.

Bij oogheelkundig onderzoek kon hij niet meer dan een paar vingers zien: dit betekent dat je ernstig slechtziend bent en niet mag autorijden. Een hele zorg!

Bij het bekijken van het netvlies werd rechts een grote vaatnieuwvorming op de oogzenuw gezien en een glasvochtbloeding. Het linkeroog had ook een grote vaatnieuwvorming op de oogzenuw en ook een bloeding voor de macula of gele vlek, dit is het centrum van het netvlies waar je scherp mee kijkt.

Het beeld deed denken aan de diabetescomplicatie retinopathie een aantal beschadigingen van het netvlies door diabetes. Maar deze patiënt is niet bekend met diabetes en hij had ook geen last van dorst, jeuk of veel plassen.

In de familie komt wel diabetes voor. Bij het bloedonderzoek bleek de bloedglucose 17,5 mmol/l! Dit betekende voor deze man een nieuw ontdekte diabetes met ernstige diabetische retinopathie.

Bij de afspraak de volgende dag bleek meneer nog geen tijd te hebben gehad om de diabetesmedicatie bij de apotheek op te halen. Op zich begrijpelijk dat zo'n diagnose je overvalt en 'niet past' in een druk bestaan, vertelde ik hem. Maar de zorgen over zijn gezichtsvermogen en ook zijn toekomst waren groot: het was nog maar de vraag of hij ooit weer beter zou gaan zien. Een goede instelling van de bloedglucose is van groot belang: zonder dat heeft het weinig zin om te proberen oogcomplicaties te behandelen.

De ernst van de situatie (zoals de noodzaak tot netvlieschirurgie) was meneer nu wel duidelijk. Hij ging meteen naar de internist; werd goed ingesteld, snel geopereerd en aan beide ogen gelaserd. Gelukkig herstelde zijn gezichtsvermogen: rechts ziet hij nu 40 procent en links 80 procent.

Eén of twee keer per jaar komen er mensen in onze polikliniek met zo'n ernstige vorm van diabetische retinopathie die niet weten dat ze diabetes hebben. Vaak loopt het minder goed af en blijven ze slechtziend. De bloedglucosewaarden van deze patiënt zijn nu goed ingesteld en hij ging ook weer beter zien na de behandeling door de oogarts. Hij mag zelfs weer autorijden!



Toekomst

*Dr. Bart O. Roep is immunoloog-onderzoeker bij het Leids Universitair Medisch Centrum
Diabc, juni 2007, jaargang 61, nummer 6 – pg. 10-15*

De ontwikkelingen en onze kennis over het ontstaan van Diabetes type 1 en de vertaling daarvan naar therapie mogen gerust spectaculair genoemd worden.



“Mijn specialisme is er één voor de toekomst: ik stop al mijn energie in het ontwikkelen van nieuwe therapieën om het ziekteproces van diabetes type 1 (de ontspoorde afweerreactie) te stoppen. De meeste mensen met diabetes zie ik bij mijn rondes door het land; bij de diverse DVN-afdelingen waar ik kom om mensen bij te praten over de stand van zaken. Een belangrijke taak, omdat de ontwikkelingen en onze kennis over het ontstaan van diabetes type 1 en de vertaling daarvan naar therapie gerust spectaculair genoemd mogen worden. Met als gevolg dat de toehoorders na afloop soms meer van het ontstaan en lopend onderzoek afweten dan hun behandelende artsen. Maar ook deze belangrijke doelgroep wordt natuurlijk niet vergeten bij het updaten.

De andere keren dat ik word geconsulteerd gaat het om ouders van kinderen die net diabetes type 1 hebben gekregen, met de vraag of er écht nog niets tegen te doen is. Ook collega medici en diabetes-verpleegkundigen stellen geregeld die vraag. Helaas is het antwoord vaak frustrerend voor iedereen.

De belangrijkste momenten voor mij als onderzoeker zijn de situaties waar we bijzondere gevallen van diabetes type 1 ontdekken: elke patiënt is uniek, en ook het ziekteproces is divers, dus van iedere patiënt valt veel te leren. Zo belde er een paar jaar geleden een Duitse arts die een bijzonder geval van diabetes type 1 in zijn praktijk tegenkwam: een jongen van twaalf, met een genetisch defect waardoor hij geen antistoffen kan maken. Hij had drie halfbroers met drie verschillende vaders - inderdaad uitzonderlijk - waarvan er twee ook de erfelijke afwijking hadden, maar dan zonder diabetes. De conclusie was duidelijk: de erfelijke afwijking kwam van de moeder, maar had niets met het ontstaan van diabetes type 1 te maken (type 1 is immers niet erfelijk!). Sterker nog: door deze patiënt konden we bewijzen dat antistoffen niet noodzakelijk zijn voor diabetes type 1, maar T-cellen wél, en dat een therapie wellicht gericht tegen T-cellen moet zijn.

De laatste paar jaar gaan de ontwikkelingen heel snel: we hebben de eerste patiënten kunnen genezen met eilandjestransplantatie, hoewel dit in de meeste gevallen nog niet slaagt voor de langere termijn. En er zijn nieuwe interventie- therapieën - gericht tegen ontspoorde T-cellen - met spannende resultaten, waarbij we nu vooral op de bijwerkingen blijven letten.

Een collega vroeg mij eens of ik het niet jammer vind dat ik zo weinig patiënten zie en dat mijn team vooral in het laboratorium werkt. Ik antwoordde: ‘Absoluut. Maar heb jij wel eens een patiënt genezen van diabetes type 1?’ Het is nu eenmaal noodzakelijk om te weten waardoor je ziek wordt vóóordat je aan genezing kunt werken. Zo heeft ieder zijn of haar taak en toewijding in de strijd tegen diabetes.”

Als de emoties hoog oplopen

Harry Postma is medisch psycholoog - gespecialiseerd in diabeteszorg en neuropsychologie - bij
het Medisch Centrum Leeuwarden.
Diabc, juli-augustus 2007, jaargang 61, nummer 7-8 – pg. 41

Als de emoties hoog oplopen is even extra controleren geen overbodige luxe

Stress is niet goed voor de meeste mensen met diabetes. De een krijgt van stress te hoge en de ander juist te lage bloedglucosewaarden. Toch is stress niet altijd te vermijden. Ook kan iemand te maken krijgen met problemen in het leven die de aandacht voor de diabetes ondermijnen.



Met een jonge patiënte met diabetes type 1 voerde ik gesprekken over haar jeugd en een moeizaam verlopen huwelijk. Als ervaringen erg traumatisch zijn geweest, dan worden deze herbeleefd als je erover praat. Bij deze patiënte liepen de emoties zo hoog op, dat halverwege het gesprek even gemeten moest worden om te controleren of er geen sprake was van een hypo. Het komt voor dat de ervaringen zo ingrijpend zijn dat een patiënt een zware hypo krijgt en door middel van een infuus van glucose moet worden voorzien. Voor een medisch psycholoog is het daarom prettig in een ziekenhuis te werken, met de spoedeisende hulp dichtbij.

Een andere patiënt twijfelde aan zijn geestelijke vermogens. Vele diepe hypo's kunnen de werking van de hersenen inderdaad negatief beïnvloeden, maar bij mensen onder de 65 jaar geeft dit alleen tijdelijke storingen. Bij ouderen met diabetes kan wat vaker een vorm van dementie optreden, vermoedelijk als gevolg van bloedvatschade in de hersenen. Dit besprak ik met de patiënt, maar deze liet zich niet overtuigen en vroeg om een neuropsychologisch onderzoek. Dit is een onderzoek waarbij door middel van tests gekeken wordt of er sprake is van achteruitgang. Een jonge psychologe zou het onderzoek uitvoeren. Ik had de patiënt niet gewaarschuwd dat het ondergaan van een onderzoek op zichzelf al stress kan veroorzaken. Na een tijdje kwam de jonge collega mij waarschuwen dat het niet goed ging met de patiënt. Opnieuw een diepe hypo. De patiënt moest snel naar de afdeling spoedeisende hulp om daar te worden geholpen. Van het onderzoek is niets meer gekomen die ochtend.

Achteraf bedacht ik: stel dat ik nu inderdaad heel slechte neuropsychologische functies had gevonden. Wat betekent dit dan? Is er dan sprake van geestelijke achteruitgang? Of is het de hypo, waardoor de hersenen niet goed functioneren en dus slecht presteren? Ook als iemand kort voor een onderzoek een hypo heeft gehad, kan er daarna nog een paar dagen sprake zijn van verminderd functioneren. Voorafgaand aan een neuropsychologisch onderzoek moet bij mensen met diabetes dus altijd eerst een bloedglucosewaarde worden bepaald, zeker als er regelmatig hypo's voorkomen. Ook moet in de ziektegeschiedenis nauwkeurig worden nagegaan of er vaker hypo's zijn geweest.

Gedachten, gevoelens en gebeurtenissen kunnen flink van invloed zijn op de bloedglucosewaarden. Het is dus zeker de moeite waard om met je problemen aan de slag te gaan. Bij mensen met diabetes vraagt dit extra en bijzondere aandacht. Als de emoties hoog oplopen is even extra controleren geen overbodige luxe!

Stoppen met insuline?!

Dr T.W. van Haefen is internist-endocrinoloog bij het UMC Utrecht Diabc, september 2007, jaargang 61, nummer 9 - pg. 41

Mensen met MODY kunnen in de beginfase vaak nog lange tijd toe met tabletten.



Kort na mijn telefoontje komt mevrouw A. op het spreekuur. Ik heb haar opgebeld om te vertellen dat ze misschien met insuline kan stoppen. Met insuline stoppen?! Mijn patiënte moet wel even aan het idee wennen. Ze heeft 21 jaar diabetes en spuit dagelijks drie keer kortwerkende en twee half-langwerkende insuline.

Het idee om met insuline te stoppen, komt niet uit de lucht vallen. De elfjarige dochter van mijn patiënte heeft sinds kort ook diabetes. Het is de kinderarts opgevallen dat er inmiddels al zeven mensen met diabetes in deze familie zijn - en allemaal kregen zij diabetes vóór het 25e levensjaar! Dit heeft het vermoeden gewekt dat er sprake is van diabetes type MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), dat sterk erfelijk bepaald is.

DNA-onderzoek toonde aan dat de dochter inderdaad één van de zes bekende MODY-vormen van diabetes heeft. Inmiddels is bekend dat ook de zes andere familieleden MODY hebben.

Mensen met MODY kunnen in de beginfase vaak nog lange tijd toe met tabletten. Want de bètacellen in de alvleesklier worden bij de MODY-varianten niet afgebroken, zoals bij diabetes type 1. Het probleem bij MODY zit in een eiwit, dat in de bètacellen van de alvleesklier moet zorgen voor afgifte van insuline.

De dochter van mijn patiënte wordt behandeld met SU-tabletten (sulfonyl-ureumderivaten). Deze tabletten kunnen de bètacellen activeren om insuline af te geven.

Kan mijn patiënte met insuline stoppen? Dat kunnen we inderdaad proberen, Ook al is niet zeker of het na zoveel jaren nog gaat lukken. Te hoge bloedglucosewaarden zijn schadelijk voor de bètacellen. Als de schade te groot is, kan dit niet worden hersteld. We besluiten het maar gewoon te proberen. Mijn patiënte stopt met insuline en begint met twee SU-tabletten per dag. Ze belt trouw elke dag om me haar bloedglucosewaarden door te geven.

Hoe liep dat af? De bloedglucosewaarden bleven te hoog, namelijk boven de 10 mmol/l, ondanks het dagelijks verhogen van de dosis tabletten. Na ruim een week zijn we weer begonnen met insuline.

Toch is mijn patiënte er wel iets mee opgeschoten. Zij spuit nog maar twee keer per dag half-langwerkende insuline en gebruikt daarnaast dagelijks twee SU-tabletten. De driemaal daags kortwerkende insuline kan achterwege blijven.

Of de combinatietherapie voor de rest van haar leven een goede instelling zal geven? Dat zal de tijd moeten leren. Voorlopig gaat het uitstekend met haar, met bloedglucosewaarden die schommelen rond de 6 mmol/l.

Ongeveer drie procent van alle mensen met diabetes heeft een MODY-vorm van diabetes. Een belangrijk kenmerk van MODY is de erfelijkheid, waardoor relatief veel familieleden ook diabetes hebben of krijgen - én op relatief jonge leeftijd.

Wanhopig

*Dr. Bert Bravenboer is internist bij het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven
Diabc, november 2007, jaargang 61, nummer 11 - pg. 39*

'Iemand als Jan moet toch eens op de risico's worden gewezen'

Vanmiddag komt Jan (19) op mijn spreekuur. Een half jaar geleden maakte hij de overstap van de kinderarts naar mijn praktijk. Jan heeft diabetes sinds zijn zesde jaar. Een korte periode heeft hij een insulinepompje gehad, schrijft de kinderarts in de overdracht, maar Jan ging hiermee onzorgvuldig om. Er is besloten om verder te gaan met een intensief viermaaldaags schema. Dit heeft echter onvoldoende resultaat gehad. Jan's laatste HbA1c bij de kinderarts was 12.2 procent. De diabetes wordt gecompliceerd door een beginnende albuminurie; eiwit in de urine, wat een symptoom kan zijn van nierproblemen.

Jan komt nu voor de vierde keer bij mij op het spreekuur. De nieuwste laboratoriumuitslagen zijn niet veel beter; het HbA1c is nu 11.8 procent. Dat is het povere resultaat van een aantal maanden inspanning van ons behandelteam. De diëtiste, de diabetesverpleegkundige en ikzelf hebben onder meer de hele diabeteseducatie met hem herhaald. Er bekruipt me een gevoel van wanhoop: hoe nu verder met deze jonge patiënt?

Jan komt binnen en nadat ik gevraagd heb hoe het met hem gaat, bekijk ik het dagboekje dat hij heeft meegebracht. De spaarzaam gemeten waarden die daarin staan, schommelen tussen de 10 en 20 mmol/l. De jongen meet te weinig en past duidelijk geen zelfregulatie toe. Ik vraag Jan hoe het nu verder moet. Hij kijkt me vragend aan, en meer om mij ter wille te zijn, antwoordt hij: "Ik moet beter mijn best doen, zeker?"

Wanhopig als ik ben, besluit ik tot een drastische daad: ik stop met het gesprek en vraag Jan mee te gaan naar de nierdialyseafdeling van het ziekenhuis. Daar laat ik hem een willekeurige zaal zien, waar een aantal patiënten ligt te dialyseren. Ik geef hem uitleg: "Jan, deze mensen komen hier gemiddeld drie keer per week om steeds gedurende vier uur aan een machine te liggen om hun bloed te zuiveren. Daarmee bereiken we ongeveer tien procent van hun ooit normale nierfunctie. Het sociale leven van deze mensen is door hun nierproblemen ontwricht. Veel dialysepatiënten krijgen uiteindelijk last van hart- en vaatziekten."

Zwijgend verlaten we de dialyseafdeling, ondertussen twijfel ik heftig aan mezelf: heb ik hier goed aangedaan? Op de polikliniek hebben we een nagesprek. Jan is duidelijk zeer geschrokken. "Dit wil ik zeker niet", mompelt hij en valt dan helemaal stil. Ik sluit af door te zeggen, dat we dit voorland zeker moeten vermijden door een betere instelling te bereiken. Jan vertrekt en gaat verder met zijn carrouselafpraak, bij diëtiste en diabetesverpleegkundige.

De volgende dag bespreken we de patiënten in het behandelteam. De diëtiste en de diabetesverpleegkundige bevestigen dat Jan zeer geschrokken was. Ik excuseer me voor de drastische ingreep, maar ik was wanhopig! Iemand als Jan moet toch eens op de risico's worden gewezen. De vraag die overblijft: zal dit helpen om Jans inzet te verbeteren? Wordt vervolgd.



Terug in de tijd

Elise Kuipers heeft een zelfstandige diëtistenpraktijk in Amsterdam en is gespecialiseerd in Diabetes. Daarnaast is zij bestuurslid van de Stichting Diabetes and Nutrition Organization (DNO) en bestuurslid van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Zelf heeft ze al 33 jaar diabetes type 1. Diabc, december 2007, jaargang 61, nummer 12 - pg. 33

Al zo lang hij diabetes heeft, eet hij dagelijks hetzelfde.



In mijn diëtistenpraktijk in Amsterdam zie ik cliënten uit allerlei landen. Zoals onze emigranten snakken naar hagelslag, pindakaas en leverworst, zo behouden veel immigranten in ons land ook een voorliefde voor de eetgewoonten die zij van huis uit hebben meegekregen.

Dit keer zit ik tegenover een hele grote man uit Ghana die op verwijzing van een internist een afspraak heeft gemaakt. We spreken in het Engels met elkaar.

Hij blijkt al ruim dertien jaar diabetes type 2 te hebben en spuit tweemaal daags een langwerkende insuline. Daarnaast gebruikt hij tabletten voor zijn hoge bloeddruk en tabletten in verband met krampen in beide benen. Met enige regelmaat reist hij naar Duitsland voor injecties en tabletten met alfa-liponzuur, deze tabletten moet hij dagelijks slikken. Dit doet hij op eigen initiatief en kosten. Of het zijn klachten doet afnemen, weet hij niet.

De reden van zijn bezoek is een bijzondere vraag. Al zo lang hij diabetes heeft, eet hij dagelijks hetzelfde. Een grote gekookte groene banaan met een saus van groenten en vlees. Soms verving hij het vlees door vis of kip. Of door een kleine hoeveelheid 'fufu'; een soort puree gemaakt van de gedroogde gemalen groene banaan gekookt met water, vergelijkbaar met aardappelpuree. Daarbij neemt hij dan een soep met groenten en wat vlees, vis of kip. Als basis voor de bereiding van de saus gebruikt hij palmolie (een olie die bij kamertemperatuur hard wordt en bij verhitting weer vloeibaar). Als ontbijt neemt hij elke dag twee sneetjes bruin brood met beleg.

Op het moment dat er bij hem diabetes werd ontdekt, was hem verteld dat hij alleen nog groene banaan mocht eten en geen voedingswaren zoals rijst, aardappel, cassave, yam en bakbananen. Die had hij dan ook al die jaren niet meer gegeten. Deze man was nu bij mij terechtgekomen, omdat hij wilde weten of hij zo moest doorgaan of dat er toch meer variatie mogelijk was.

Toen ik aangaf dat variatie zelfs veel beter voor hem zou zijn, wilde hij graag aan de gang. We zijn aan het werk gegaan met een menu, met koolhydraten, variëren, het doen van zelfcontrole na de maaltijden, vetten en alles wat er nog meer komt kijken bij de dieetbehandeling bij diabetes. Er is een nieuwe wereld voor hem opengegaan.