

Klinisch geval – EADV magazine 1999-2001

Om van gedachten te kunnen wisselen over problemen in de spreekkamer van de diabetes-verpleegkundige biedt het EADV-Magazine voor de lezers de mogelijkheid per editie een casus in te brengen. Reacties en eventuele mogelijke oplossingen van de lezers worden in de volgende editie gepubliceerd.

Inhoud:

<i>Casus over grote doses insuline</i>	<i>2</i>
<i>Nieuwe casus, de heer J.</i>	<i>3</i>
<i>Nieuwe casus, de heer B.</i>	<i>5</i>
<i>Casus: Insulinepomptherapie bij pubers</i>	<i>5</i>
<i>Casus 1: Cultuurverschillen hoeven leefadvies niet in de weg te staan</i>	<i>6</i>
<i>Casus 2: 'Hoe kan ik doordringen in haar belevingswereld?'</i>	<i>7</i>
<i>Casus: Buschauffeur overzetten op insuline?</i>	<i>8</i>
<i>Reactie op de casus: Geen allochtonen met diabetes in Nederland?</i>	<i>8</i>
<i>Reactie op casus: Buschauffeur overzetten op insuline?</i>	<i>9</i>

Casus over grote doses insuline

EADE Nieuwsbrief, juni 1999, jaargang 14, nummer 2 – pg. 65

Mevrouw B., 69 jaar, heeft sinds 1987 diabetes type 2. Tot vier jaar geleden gebruikte mevrouw orale medicatie. Het HbA1c is in de loop van de jaren langzaam opgelopen tot 9.2%. Mevrouw werd doorverwezen via de huisarts naar de internist. Daar werd besloten te gaan starten met insuline. Zij heeft educatie en instructie gekregen van de diabetesverpleegkundige. Ook is mevrouw doorverwezen naar de diëtist, aangezien zij veel te zwaar is. Geadviseerd is ook om meer te gaan bewegen. Echter, dat is voor mevrouw erg moeilijk, omdat zij pijnlijke knieën heeft. Het gewicht is in de tijd niet of nauwelijks verminderd.

Nu, vier jaar later, is het HbA1c nog steeds te hoog (8.9%). De bloedsuikers zijn over de gehele dag gemiddeld tussen de 9 en 15 mmol/l, met zo nu en dan uitschieters naar 20 mmol/l. De nuchtere waarde start meestal rond 10 mmol/l. Mevrouw spuit ondertussen viermaal per dag: driemaal kortwerkende insuline en voor de nacht NPH-insuline. Zij gebruikt naast de insuline driemaal per dag metformine 500 mg.

Probleem

De hoeveelheid insuline die mevrouw gebruikt is enorm: 48 EH, 36 EH, 48 EH kortwerkende insuline voor de maaltijden, 68 EH NPH voor de nacht. Wat zijn de mogelijkheden voor je team? Waar kun je nog opletten? Hoeveel kun je nog ophogen met de insuline? Vooral de NPH-insuline, is dat niet al erg veel?

Graag reacties en suggesties sturen naar de redactie van het EADV-Magazine, Titia Terburg-de Bode, De Savornin Lohmanlaan 523, 2566 AN Den Haag.

Reactie op casus over grote doses insuline

*Geert Mantjes, diabetesverpleegkundige St. Lucas Ziekenhuis Winschoten
EADE Nieuwsbrief, oktober 1999, jaargang 14, nummer 3 – pg. 83*

Mevrouw B. gebruikt zoals in de casus beschreven 48 E, 36 E, 48 E kortwerkende insuline en voor de nacht 68 E NPH-insuline. Daarnaast gebruikt mevrouw glucophage 3 x 500 mg. Het geglycoliseerd hemoglobine (HbA1c) blijft hoog, het gewicht blijft hetzelfde. Er zijn enkele vragen gesteld in de casus. Ik zal proberen hierop in te gaan. Ik zal geen kant-en-klare oplossing kunnen bieden, want iedereen heeft in zijn/haar patiëntenbestand een aantal van deze patiënten, waarbij je met de handen in het haar zit.

Wat zijn de mogelijkheden van het team? Ik denk dat als je doorgaat met het ophogen van de insuline, je op een gegeven moment met de rug tegen de muur staat. Natuurlijk kan ophogen van insuline wel, maar het is niet de oplossing, misschien tijdelijk, maar in zeer korte tijd ben je weer terug bij af, vaak ten koste van het gewicht.

De benadering vanuit de afdeling Diëtetiek is, denk ik, ook meerdere malen aan de orde geweest. Dit lijkt ook niet de oplossing, kortdurend maar op lange termijn teleurstellend. Het probleem is de insulineresistentie, deze moet doorbroken worden en dat is niet eenvoudig.

Medische benadering

Een optie zou een insulinepomp zijn. In ons ziekenhuis hebben we daar goede ervaringen mee. Als voorbeeld een identieke mevrouw, zoals beschreven in de casus. Zij gebruikt gigantische hoeveelheden insuline (> 200 E per dag). Deze mevrouw is ingesteld op de insulinepomp.

Allereerst ging de insulinebehoefte met 40% naar beneden. Ook begon haar gewicht te dalen. Na een halfjaar was de HbA1c gezakt van 10.5% naar 7.6%. Het HbA1c zakt nog steeds, hoewel nu mondjesmaat. Achteraf bezien is het een goede beslissing geweest. Mevrouw voelt zich een stuk fitter.

Met het diabetesteam hebben we voor de start met de pomp samen goed overlegd of we mevrouw wel zouden omzetten op de pomp. Mevrouw was cognitief niet zo vaardig. Na een intensieve periode van begeleiden is het dan toch gelukt.

Psychologische benadering

Misschien kun je nog wat resultaat verwachten, door uitgebreid in te gaan op wat mevrouw echt wil en wat het team wil bereiken. Uiteraard weet mevrouw dat ze niet goed is ingesteld. Het is best mogelijk dat ze de oorzaak wel weet, maar er niet over praat. Op die manier kan geen actie worden ondernomen. Uiteindelijk verwacht ik hier ook niet al te veel van.

Het is misschien kort door de bocht, maar je hebt nu éénmaal patiënten en situaties waarbij je als team beslist de regulatie zoals die nu is, maar te accepteren. Ik denk dat deze uitspraak wel reacties oproept, maar wat moet je of kun je anders? Ik hoop dat ik nog wat andere reacties hierop krijg in het EADV-Magazine.

Reactie op de reactie van de vorige casus in 99/2

EADE Nieuwsbrief, maart 2000, jaargang 15, nummer 1 – pg. 28

De oplossing om insulineresistentie te doorbreken is juist de insulinehoeveelheid enorm ophogen, net zolang tot je er 'letterlijk' doorheen breekt. Zeker de moeite waard, daar mevr. niet in gewicht is aangekomen tot nu toe. Het is voor de patiënt én jezelf een goed moment als de patiënt opbelt: 'Help, ik heb een bloedglucose van 6 mmol/l!' Dan ga je meteen met grote stappen terug in de hoeveelheid insuline, soms 10 à 20 eenheden per keer, tot een 'gewoon' evenwicht is bereikt met een normoglykemie.

Zeker bij iemand die cognitief niet zo vaardig is, zou ik liever eerst de hoeveelheden ophogen, dan met CSII beginnen. Verder kan de begeleiding van een medisch psycholoog geen kwaad om te bekijken of er achterliggende redenen zijn waarom het niet lukt de glucosewaarden lager te krijgen. *Namens de diabetesverpleegkundigen van het VU-ziekenhuis, Caroline LubachWesterveld.*

Nieuwe casus, de heer J.

EADE Nieuwsbrief, oktober 1999, jaargang 14, nummer 3 – pg. 83

De heer J., 48 jaar, werkt in buitendienst (vertegenwoordiger) bij een bedrijf, gebruikt sinds ongeveer een jaar maximale orale medicatie te weten: 3 x daags glibenclamide 5 mg en 2 x daags metformine 850 mg. Het HbA1c is 9.5%. J. is 1,73 m en weegt 93 Kg. J. heeft met name 's nachts last van tintelingen in zijn voeten. J. is bij de oogarts geweest. Daar werden geen afwijkingen gevonden. Uit de gemeten bloedsuikers die de heer heeft genoteerd in het dagboekje, blijkt dat de nuchtere bloedsuikers > 10 mmol/l zijn. De rest van de dag zijn de bloedsuikers tussen de 9 en 17 mmol/l, afhankelijk of hij wel of niet gegeten heeft.

Heer J. probeert wel regelmatig te eten, maar moet ook vaak lunchen met cliënten. Dan eet hij meer dan normaal. H J. tennist 1 x per week 2 uur en wandelt 1 x per dag met zijn bonden ongeveer een 1/2 uur. Bij nader inzien lijkt dat meer dan het is. De honden zijn al aardig op leeftijd en lopen niet al te snel.

Heer J, is erg geschrokken dat hij moet gaan spuiten.

Vraag 1: Wat is de beste therapie? Welke factoren spelen daarbij een rol?

- ⇒ Starten niet 1 x dd NPH voor de nacht niet daarnaast de orale medicatie?
- ⇒ Starten met 2 x dd een gecombineerde insuline met of zonder medicatie?
- ⇒ Of anders ..?

Vraag 2: Kan de NPH voor de nacht eindeloos worden verhoogd, totdat het resultaat is bereikt?

Vraag 3: Grote hoeveelheden insuline (bijvoorbeeld 60 E) kunnen die in één keer nog gespoten worden, of is het raadzaam de insuline te splitsen in 2 x 30 E?

Graag de reacties op deze casus sturen naar de redactie van het EADV-Magazine.

Reactie op casus EADV-Magazine 9913

EADE Nieuwsbrief, maart 2000, jaargang 15, nummer 1 – pg. 28

Medische vragen in een verpleegkundig magazine! Allereerst vind ik het jammer dat twee van de drie gestelde vragen medische vragen zijn in een verpleegkundig magazine! Toch wil ik reageren. Wat jammer dat hr. J. niet eerder is begonnen met insulinetherapie (zoals in de NHG-Standaard staat). De kans is groot dat het veel meer moeite gaat kosten om door de insulineresistentie heen te breken.

Als antwoord op de eerste vraag 'Wat is de beste therapie?' het volgende: J. ziet erg op tegen insulinespuiten. Als je bij het starten van bloedglucose meten al een insulinepen én een naaldje laat zien, is heel vaak de reactie 'oh, is dat alles?'. Mocht deze truc toch niet werken, dan kan dat de doorslag geven om te kiezen voor eenmaal daags NPH; dan is de overgang niet te groot. Wel inventariseren waar de angst in ligt: is het angst voor het onbekende, of kent J. iemand die vroeger met naaldjes en spuitjes spoot en is hij niet op de hoogte van de huidige hulpmiddelen? Of is de angst dieper geworteld (waarbij een bezoek aan de medisch psycholoog een goede oplossing kan zijn)?

Verder wel benadrukken dat, als de bloedglucose < 7 mmol/l is maar de rest van de dag de glucosewaarden nog te hoog zijn, J. toch tweemaal daags gaat spuiten. Blijven vertellen dat J. zich echt beter gaat voelen met een lager HbA1c. Deze motivatie kost veel tijd en geduld. Verder bij een eenmaal daags schema in ieder geval de metformine continueren, gezien de BMI. Ook blijven stimuleren te bewegen en op de voeding trachten te letten.

Het antwoord op de vraag of de hoeveelheid NPH eindeloos opgehoogd kan worden is 'ja'. Officieel ga je bij 48 eenheden én geen nuchtere glucosewaarde < 7 mmol/l over op een tweemaal daags schema. Maar in de praktijk gaan we op onze poli langer door met de NPH ophogen, wat prima gaat (wel > 80 eenheden). Ik geloof niet dat hier studies over bekend zijn. Heel goed letten op lipohypertrofie: dus niet alleen telefonisch ophogen. Verder vragen we de patiënt bij het starten van de insuline zich te wegen. Wanneer de patiënt meer dan vier kilo is aangekomen, overlegt de diabetesverpleegkundige niet het 1)M-team én de patiënt 'hoe verder te gaan'. De afweging is dan 'Wat is schadelijker: gewichtstoename of hoge bloedglucosewaarden?' Het is interessant er de UKPDS-resultaten op na te slaan.

De laatste vraag is over hoeveel eenheden in één keer gespoten kunnen worden. Meestal gaan we bij overschrijding van de maximale dosis die een pensysteem in één keer kan spuiten over om de hoeveelheid in tweeën te splitsen. Of zonodig in drieën. Langzaam laten spuiten en goed spreiden.

Nieuwe casus, de heer B.

EADE Nieuwsbrief, maart 2000, jaargang 15, nummer 1 – pg. 28

De heer B. te A. komt voor de eerste keer op het spreekuur. Hij heeft vijf jaar diabetes en gebruikt de maximale dosis tabletten. Op het spreekuur bij de internist heeft hij net gehoord, dat hij moet gaan spuiten.

Als hij, samen niet zijn vrouw, binnenkomt, geeft zijn hele houding verzet aan. Hij heeft een rood hoofd, is bij voorbaat tegen alles wat ik zeg en hij schuift zijn stoel zover mogelijk van het bureau. Tijdens het gesprek vertelt hij dat hij internationaal vrachtwagenchauffeur is en bang is dat hij zijn werk moet opgeven. Ik laat hem zijn kwaadheid spuien, waarna uitleg over diabetes volgt en waarom we behandelen. Met deze bagage gaat hij naar huis. De volgende afspraak is over drie weken.

Als hij na drie weken terugkomt, beginnen we niet zelfcontrole en peninstructie. Ik raad hem aan zich te laten keuren en de Arbodienst van het bedrijf waar hij werkt in te lichten. Hij begint met spuiten en is in korte tijd ingesteld. De bloedsuikers zijn goed, meestal tussen de 4 en 8/11) mmol/l. Hij heeft een keer een hypo gehad en deze goed gevoeld en opgevangen.

Probleem: Hoe vaak moet hij bloedsuikers prikken? Wat is verantwoord?-Vragen over mijn advies over een keuring en het inschakelen van de Arbodienst ontwijkt hij. Wat moet je hiermee?

Graag reacties en suggesties sturen naar de redactie van het EADV-Magazine, Titia Terburg-de Bode, De Savornin Lohmanlaan 523, 2566 AN Den Haag.

Casus: Insulinepomptherapie bij pubers

EADV Magazine, december 2000, jaargang 15, nummer 4 – pg. 142

Eline is een meisje van 15 dat nu drie jaar diabetes heeft. Zij is al die jaren goed geregeld, is therapietrouw en zit lekker in haar vel. Eline zit in 4 havo, voetbalt in het eerste elftal en fietst elke dag 10 km van en naar school. Haar diabetes geeft weinig problemen. Het enige waar ze echt een hekel aan heeft, is het rekening houden met snoepen.

Voordat zij diabetes kreeg, snoepte ze erg veel. In het begin van haar diabetes probeerde ze er rekening mee te houden, maar al snel viel ze terug in haar oude gewoonten. Ze kreeg Humalog om bij te spuiten, en wist door zes keer per dag te injecteren haar instelling voldoende te houden met een HbA1c van 7.6%.

Eline wordt eenmaal per drie maanden gezien door de kinderarts, waarna een gecombineerd bezoek volgt aan de diëtist en de diabetes-verpleegkundige. Toen zij in maart weer bij ons op het spreekuur was,

heb ik haar gevraagd of een insulinepomp niet wat voor haar zou zijn. Eline kan erg goed overweg met de zkinders, ze heeft er geen enkele behoefte aan om naar de internist over te gaan. Jammergenoeg heeft de kinderarts geen ervaring met insulinepompen. De diabetesverpleegkundige en diëtist wel.

Vraag 1: is dit meisje een goede kandidaat voor pomptherapie?

Vraag 2: als zij zou overgaan op de pomp, moet ze dan over naar de internist?

Vraag 3: wat zou de rol van de diabetesverpleegkundige kunnen zijn bij een eventuele samenwerking tussen kinderarts en internist? Reacties kunt u zenden naar de redactie van het

EADV-Magazine, Titia Terburg-de Bode, De Savornin Lohmanlaan 523, 2566 AN Den Haag, telefoon/fax (070) 3234290, e-mail t.terburg@jkz-rkz.nl.
Hilda van der Heijde

Reactie op casus EADV-magazine 00/04 - Kinder-insulinepompprotocol

EADE Nieuwsbrief, maart 2001, jaargang 16, nummer 1 – pg. 38

In het EADV-magazine van december 2000 staat een interessante casus! Naar mijn mening is dit meisje geïndiceerd voor een insulinepomp en een prachtige eerste kandidaat voor de kinderarts. Het zal wel wat overredingskracht kosten om de kinderarts te laten inzien dat een insulinepomp niets anders is dan een andere manier van insulinetoediening en dat elke kinderarts die kinderen met diabetes behandelt, deze vorm van insuline toedienen moet kunnen beheersen.

Ik ben tweeëneenhalf jaar geleden begonnen in enkele periferen ziekenhuizen en twee jaar geleden hebben we de eerste 'gemakkelijke' tiener op de pomp gezet. Nu zijn er meer dan twintig kinderen met insulinepompthherapie (vijf tot tien kinderen per diabetesteam), onder wie kinderen met psycho-sociale problematiek, acceptatieproblemen, Turks, Marokkaans en Armeens, kinderen met betrokken ouders, maar niet altijd met een goede beheersing van de Nederlandse taal.

De kinderen zijn in de leeftijd van 8 tot 15 jaar. De pomp is vaak een uitkomst na jarenlang modderen met wisselende bloedglucoses en geeft over het algemeen een betere diabetesacceptatie. We hebben slechts één (tijdelijke) uitvaller. De leeftijd van kinderen die met de pomp beginnen, daalt langzaam. Het is beter om met wat oudere kinderen te starten en met hen ervaring op te doen. De eerste keer is het voor de kinderarts een grote stap. In alle gevallen is de internist stand-by geweest, maar niet geconsulteerd.

Het is absoluut niet nodig, dat kinderen naar de internist verwezen moeten worden om een insulinepomp te krijgen. We gebruiken een 'kinder-insulinepompprotocol'. Als transmurale kinderdiabetesverpleegkundige kan ik het grootste deel van de instructie thuis doen. De kinderen worden maar twee dagen in het ziekenhuis opgenomen, omdat ik ook een intensieve nazorg thuis kan doen. Maar dit kan ook klinisch of poliklinisch worden gedaan.

Dit protocol is op te vragen (uitsluitend per e-mail): pruijs@knoware.nl.
Aly Prus-Brands

Casus 1: Cultuurverschillen hoeven leefadvies niet in de weg te staan

EADE Nieuwsbrief, maart 2001, jaargang 16, nummer 1 – pg. 37

Mevrouw El Y. is 42 jaar en woont sinds 1992 in Nederland. Zij is toen vanuit Marokko haar man achterna gereisd met haar vier kinderen, van wie er nog drie thuis wonen. De jongste is nu 9.

Zij heeft al vijf jaar type 2 diabetes die maar moeilijk te reguleren is: ondanks een dagelijkse hoeveelheid insuline van 130 E (28-28-28 kortwerkend en 46 E NPH voor de nacht) heeft zij glucosewaarden nuchter van 8-10 mmol/l en in de loop van de dag van 8-14 mmol/l. Haar glycoHb is 8,6% (normaal <6, optimaal ingesteld <7 en acceptabel <8,5). Metformin gebruikt zij er ook al bij, in de hoogste dosering (3 maal daags 850 mg). Ze meet regelmatig haar bloedglucosewaarden en zegt nooit de insuline of tabletten te vergeten.

0 ja, ze is 1.64 in lang en weegt 89 kg. In het verleden zijn er al diverse verwijzingen naar de diëtist geweest voor een vermageringsdieet. De laatste drie jaar is zij, sinds ze insuline spuit, 4 kg aangekomen.

Haar man vertaalt op het spreekuur, maar zij zelf geeft duidelijk aan wat hij moet zeggen en is ook uitgebreid in haar antwoorden. In haar gesluisde blauwe jurk spreekt ze niet direct tegen mij, het woord is steeds eerst aan haar man gericht.

Onder het motto let is gemakkelijker te praten over de kwartiertjes die je gejogd hebt dan over de boterhammen die je niet had moeten eten' gooide ik een balletje op over de balans tussen inname en verbruik. Het echtpaar snapte het: hoe meer je je fysiek inspant, hoe meer energie je verbruikt. Het energieverbruik van mevrouw bleek voornamelijk te bestaan uit lopen naar en boodschappen doen op de markt; de twee trappen op naar haar huis liep ze drie of vier keer per dag. Fietsen deed ze niet. Onder het motto 'wie niet waagt, die niet wint' adviseerde ik een iets meer inspannende bezigheid, zeven dagen per week gedurende 20 minuten als minimale wekelijkse inspanning. Fietsen is inspannender dan lopen, maar werd niet toegejuicht; een hometrainer zagen ze wel zitten.

Drie maanden later was inderdaad het gewicht met 3 kg gedaald en het glycoHb met 1%. De bloedglucosewaarden waren nu met dezelfde insulinedosering steeds kleiner dan 10 en ze had zelfs eenmaal na het hometraineren een lichte hypo gehad (3,6 mmol/l). Bovenal, ze voelt zich veel beter! De kunst is nu dit inspanningspatroon vast te houden. Motto van het verhaal: cultuurverschillen hoeven een leefadvies niet in de weg te staan, mits ze voor de betreffende cultuur inpasbaar zijn.

Reacties sturen naar de eindredactie: Titia Terburg-de Bode, De Savornin Lohmanlaan 523, 2566 AN Den Haag, telefoon/fax (070) 3234290, e-mail t.terburg@jkz-rkz.nl.

B.J. Potter van Loon, internist

Casus 2: 'Hoe kan ik doordringen in haar belevingswereld?'

EADE Nieuwsbrief, maart 2001, jaargang 16, nummer 1 – pg. 37

Werkzaam als transmuraal diabetesverpleegkundige kom ik regelmatig mensen tegen van buitenlandse afkomst. Een jong Marokkaans gezin bestaande uit man, vrouw en drie kinderen. De jongste is nu twee jaar. Mevrouw heeft diabetes type 1 sinds haar 20ste jaar. Ze is nu 34 jaar jong. Ze is vanuit het verleden uitgebreid bekend in het ziekenhuis, maar is door niet te verschijnen op afspraken op de polikliniek, door de internist terugverwezen naar de huisarts. Mevrouw heeft sinds jaar en dag een heel slecht HBA1c van 9,0% (voor haar is dat heel goed). Mevrouw spuit viermaal daags (3x actrapid en 1x Insulatard). Ze meet zelf haar bloedglucosewaarden en schrijft deze in het diabetesdagboekje. Het boekje neemt ze mee op onze afspraak. Ze heeft (nog) geen last van complicaties. Mevrouw heeft altijd iemand bij zich die beter Nederlands spreekt dan zichzelf, maar dat is verre van ideaal.

Zo nu en dan vergeet ze onze afspraak, die een keer per drie maanden plaatsvindt. Hetzelfde geldt voor bloedprikken in het ziekenhuis. Ik bel haar een paar dagen voor onze afspraak om haar hieraan te helpen herinneren. Tijdens onze afspraak doe ik de driemaandelijke controles, bekijk ik de bloedglucosecurves en probeer te achterhalen hoe ze reageert op hypo's en hypers, hoe haar eetpatroon eruit ziet e.d. Met name tijdens inspanning krijgt ze wel eens hypo's. Ik merk aan haar reactie dat ze de ernst van de situatie niet inziet of begrijpt. Als mevrouw weer naar huis is, dan heb ik altijd een ontevreden gevoel. Ik heb niet het idee dat ik kan doordringen in haar belevingswereld en ik haar niet kan bereiken (mede door de taalbarrière). Ze volgt mijn adviezen dan ook niet (nooit) op.

Vraag: hoe dring ik bij haar door? Welke ervaringen hebben jullie en hoe hebben jullie dit aangepakt?

Reacties sturen naar de eindredactie: Titia Terburg-de Bode, De Savornin Lohmanlaan 523, 2566 AN Den Haag, telefoon/fax (070) 3234290, e-mail t.terburg@jkz-rkz.nl.

Marcel Bruisten

Casus: Buschauffeur overzetten op insuline?

EADE Nieuwsbrief, juni 2001, jaargang 16, nummer 2 - pg. 65

Bij de heer J. is tijdens een bedrijfskeuring een te hoog bloedglucosegehalte geconstateerd (18.6 mmol/l niet nuchter). De bedrijfsarts verwees hem naar de huisarts voor behandeling.

In het kader van een samenwerkingsverband tussen de diabetesverpleegkundigen en diëtisten van de thuiszorg en de regionale huisartsenvereniging verwijst de huisarts de heer J. naar het diabetesprekeuur van de thuiszorg met de volgende gegevens.

Beroep: buschauffeur (onregelmatige diensten)

Gewicht: 95.5 kg

Lengte: 1.70 m

Tensie: 140/85

Familie: moeder en broer, beide diabetes type 2

Geschiedenis: hypertensie sinds 1998, geen medicatie

Roken: nee

Alcoholgebruik: in het weekend 2 à 3 consumpties per dag

Dieet: nooit bij diëtist geweest, wel zelf pogingen gedaan om af te vallen

Lichamelijke beweging: weinig

Klachten: geen

Vraag: hoe zou je dit als diabetesverpleegkundige aanpakken en waar begin je mee?

De heer J. is inmiddels vier keer op het diabetesprekeuur geweest.

Na een moeizame start (de heer J. geloofde niet dat hij diabetes had) pikte hij de informatie toch op. Zijn gewicht is verminderd naar 90.5 kg, hij eet gezonder en regelmatig en beweegt wat meer. Ondanks deze positieve veranderingen en de behandelMg met tweemaal daags Tolbutamide 500 m,g blijven zijn bloedglucoses hoog (10.2 mmol/l nuchter en tussen de 8 en 17 mmol/l niet nuchter).

De heer J. komt bij jou op het diabetesprekeuur. De huisarts heeft de heer J. laten doorschemeren aan insuline te denken als volgende stap in de behandeling. De heer J. is behoorlijk verontwaardigd, want zijn moeder en broer hebben langer diabetes dan hijzelf en hoeven ook geen insuline te spuiten.

Vragen: zie jij ook insuline als volgende stap in de behandeling of bel je de huisarts op om te praten over andere mogelijkheden van behandeling? Wat zijn de argumenten voor en tegen insuline spuiten? Als de heer J. overgaat op insuline: aan welk insulineschema denk je dan?

Reacties op deze casus kunt u sturen naar de redactie van het EADV-Magazine:

Titia Terburg-de Bode, De Savornin Lohmanlaan 523, 2566 AN Den Haag, e-mail t.terburg@jkz-rkz.nl.

Hanneke Roland

Reactie op de casus: Geen allochtonen met diabetes in Nederland?

EADE Nieuwsbrief, juni 2001, jaargang 16, nummer 2 – pg. 65

Het lijkt wel alsof in Nederland geen allochtonen zijn die ook diabetes mellitus hebben...? In Limburg zijn ze er wel, echter niet zo heel erg veel. Als ik niet beter wist, dan zou ik dit inderdaad kunnen concluderen, omdat er niemand heeft gereageerd op de casus met betrekking tot allochtonen en diabetes (zie EADV-Magazine 01/1, maart 2001, pagina 37).

Jammer, juist vanwege het feit dat er in Limburg niet zoveel allochtonen zijn die ook diabetes hebben, lukt het mij niet daar voldoende expertise in op te bouwen. Ik heb daar jullie advies en raad voor nodig, want met name in het westen van het land hebben jullie heel veel ervaring hiermee. De casus was dan ook een uitnodiging om jullie know how met mij en alle andere diabetesverpleegkundigen te delen, zodat wij er allemaal van kunnen leren. Bij deze nog een keer de vraag om te reageren op de casus. Kijk dus even in het EADV-Magazine van maart 2001.

Marcel Bruijsten

Reactie op casus: Buschauffeur overzetten op insuline?

EADE Nieuwsbrief, oktober 2001, jaargang 16, nummer 3 – pg 116

Begrijpelijk vind ik de reactie van de heer J. als leek op het gebied van diabetes type 2 dat hij denkt dat zijn familieleden dan toch eerder op insuline zouden moeten worden gezet, omdat bij veel patiënten de opvatting bestaat dat het langer hebben van een chronische ziekte altijd erger moet zijn en meer tabletgebruik tot gevolg moet hebben. Duidelijk mag daarbij zijn dat de meningen tussen de verschillende huisartsen en specialisten over een goede instelling nogal uiteen kan lopen, maar dat terzijde.

De vraag: zie jij ook insulinetherapie als de volgende stap in de behandeling, zou ik met 'neen' willen beantwoorden, omdat mijns inziens de maximale orale medicatie bij deze heer nog niet is toegepast.

- ◆ Ook al heeft deze heer aan lichaamsgewicht verloren, zijn BMI is nog altijd 31,5, zodat hij behoort tot de mensen met overgewicht. Ik zou er bij de huisarts dan ook op aandringen om met Metforminebehandeling van start te gaan, tenzij zijn nierfunctie dit niet toelaat of hij een hartfalen heeft ontwikkeld. Zoals de UKPDS beschrijft, kan dit voor mensen met overgewicht en daardoor (meer) insulineresistentie een behoorlijke verbetering van de bloedglucosewaarden opleveren.
- ◆ Een dosering van 1000 mgr Tolbutamide per dag kan daarbij zonodig verdubbeld worden.
- ◆ Er wordt door de schrijver aangegeven dat heer nog nooit bij een diëtist is geweest: deze verwijzing zou meteen moeten plaats vinden. Zeker gezien het feit dat heer nu bij zijn overgewicht en hypertensie ook nog eens diabetes heeft ontwikkeld.
- ◆ Een medicatie wat betreft zijn verhoogde diastolische bloeddruk moet tevens overwogen worden en daarbij mis ik de uitlagen van een vetspectrum wat in de samenstelling van een risicoprofiel van deze patiënten onmisbaar is. Er is geen leeftijd van heer vermeld, maar daar hij nog deelneemt aan het arbeidsproces, zal hij zeker zonodig in aanmerking komen voor een behandeling met bijvoorbeeld een Statine.

Alleen met al deze gegevens kan men tot een goed behandelplan komen en zal een zo optimaal mogelijke behandeling/instelling van zijn diabetes hopelijk leiden tot een groot aantal jaren van gezondheid.

Elseliek Jonk, diabetes en cholesterol consulent, Stichting Huisartsen Laboratorium, Breda