

Diabetes: een niet te missen coma

Dr. I.M. Severin

Spoeedgevallen, oktober 2000, nummer 33 - pg. 10-11

De behandeling van diabetespatiënten is meestal de taak van de huisarts. Iedereen weet dat diabetes ernstige acute complicaties kan veroorzaken, onder meer hypoglycemische coma. Hypoglycemische coma is gemakkelijk te diagnosticeren en een van de enige coma's die tegen bepaalde voorwaarden volledig thuis behandeld kunnen worden.

Hypoglycemische coma komt van alle diabetische coma's ongetwijfeld het vaakst voor en is wellicht ook het gemakkelijkst te behandelen, gezien de doeltreffende middelen waarover de arts vandaag beschikt. Een analyse van de klinische context en een bloedsuikermeter volstaan om met bijna zekerheid de diagnose te stellen.

In theorie

Ook de klinische context is meestal typerend. In de overgrote meerderheid van de gevallen doet een dergelijk accident zich voor bij een patiënt van wie bekend is dat hij aan diabetes lijdt. Meestal is hij in staat om de symptomen te herkennen waarmee de daling van de bloedsuikerspiegel gepaard gaat. Door die daling komen immers snel circulerende catecholamines vrij die als doel hebben de normale bloedsuikerspiegel te herstellen. Daarbij treedt een reeks catecholaminerge symptomen op die de arts en hopelijk ook de patiënt gemakkelijk herkent: bleekheid, transpiratie, honger, hartkloppingen, beven, ... Die symptomen moeten bij de diabetespatiënt een alarmbel doen rinkelen die hem erop wijst dat hij onmiddellijk suiker moet innemen. Gewoonlijk treden de neurologische symptomen pas op in een tweede fase. Sinds enkele jaren stellen we echter vast dat die symptomen de kwalijke neiging hebben om al in de beginfase op te treden, wellicht als gevolg van de geneesmiddelen die de patiënt regelmatig inneemt. Hypoglycemische coma wordt ook wel eens "doorweekte coma" genoemd. Het vrijkomen van catecholamines veroorzaakt immers bijzonder hevige transpiratie, waardoor de patiënt werkelijk doorweekt is wanneer de arts op visite komt. Bovendien is in bepaalde gevallen het zenuwstelsel aangetast, wat verklaart waarom de patiënt stuipen of hemiplegie kan krijgen, of er neurologische voortekens kunnen optreden zoals het teken van Babinski.

Op het terrein,

De boven geschetste klinische context is een academische beschrijving, maar vaak is het beeld een heel stuk vager. Soms herkent de patiënt de eerste alarmsignalen niet en treedt meteen de fase van de neurologische symptomen op. Dat is het geval wanneer de catecholaminerge symptomen gemaskeerd worden doordat de patiënt tegelijk niet-selectieve bètablokkers neemt. De arts moet ook in het achterhoofd houden dat, hoe langer de diabetes al bestaat, hoe minder uitgesproken de afscheiding van catecholamines en glucagon, als reactie op de hypoglycemie. Dat verklaart waarom patiënten die al lang aan diabetes lijden, de eerste symptomen van de daling van de bloedsuikerspiegel vaak niet meer voelen.

Ten slotte weten we heel goed dat, hoe sterker de bloedsuikerspiegel daalt, hoe meer uitgesproken de symptomen. Met andere woorden: een diabetespatiënt met een verstoorde evenwichtstoestand en een vaak hoge bloedsuikerspiegel zal veel sterkere hypoglycemiesymptomen vertonen dan een patiënt met een goede evenwichtstoestand en een voortdurend lage bloedsuikerspiegel.

Als we al die elementen op een rijtje zetten, is het gemakkelijk te begrijpen waarom hypoglycemische coma geen zeldzaamheid vormt.

Wie als arts te maken krijgt met een comapatiënt die bovendien ook diabetes heeft en zichtbaar overvloedig getranspireerd heeft, moet uiteraard eerst het bloedsuikergehalte meten. Ligt dat heel laag, dan heeft hij nagenoeg zekerheid over de diagnose. Toch is het altijd nuttig om, als dat mogelijk is, met een gewoon strookje na te gaan of de patiënt acetonurie heeft. Dit onderzoek is normaal negatief bij hypoglycemische coma.

Het lijkt dan ook evident dat de diagnose normaal gezien geen enkel probleem mag opleveren, ook niet als ze gesteld wordt bij de patiënt thuis. Toch moet de arts er rekening mee houden dat een diabetespatiënt heel goed een andere aandoening kan hebben dan hypof hyperglycemie. Zo loopt hij bijvoorbeeld het risico om een cerebrovasculair accident of een infarct te krijgen. Met andere woorden: als de bloedsuikerspiegel normaal is, moet de arts zich andere vragen stellen. Bovendien kan hypoglycemische coma ook optreden bij een patiënt die niet aan diabetes lijdt.

Een snelle en betrouwbare meting van de bloedsuikerspiegel is vandaag zo eenvoudig dat het een vergissing zou zijn om dit onderzoek niet uit te voeren bij een patiënt met een coma van onbekende oorsprong.

Suiker toedienen

Als de diagnose eenmaal gesteld is, komt het erop aan met de juiste behandeling te starten. Die is eenvoudig, temeer omdat hypoglycemische coma nagenoeg het enige type coma is dat volledig bij de patiënt thuis kan worden behandeld.

U zult ondertussen al begrepen hebben dat het de bedoeling is de bloedsuikerspiegel te doen stijgen. Er zijn in dit verband twee mogelijkheden: of de patiënt is nog voldoende bij bewustzijn om te drinken, óf hij ligt echt in coma.

In het eerste geval moet hij voldoende snelle suikers toegediend krijgen. De aanbevolen dosis bedraagt ongeveer een vol glas suikerhoudende drank, cola bijvoorbeeld, of drie klontjes suiker, opgelost in een glas water. Dat komt overeen met 20 à 30 gram glucose. Zodra de bloedsuikerspiegel weer normaal is, moet de patiënt overschakelen op trage suikers, zoals brood, om elke recidive te vermijden. De andere oplossing bestaat erin zijn maaltijd te vervroegen.

Is de patiënt niet in staat om iets in te nemen, dan moet hij een intramusculaire of subcutane injectie krijgen met glucagon.

De aanbevolen dosis bedraagt in dat geval 1 mg, en de patiënt moet normaal gezien weer bijkomen binnen 10 à 20 minuten. Toch moet de arts er rekening mee houden dat zo'n injectie alleen doeltreffend is als ze snel wordt toegediend.

Als de hypoglycemie immers te lang aanhoudt, zal de patiënt al zijn suikerreserves opgebruiken, waardoor het uiteraard onmogelijk is om de afgifte van glucose aan het bloed te bevorderen door glucagon toe te dienen. Vandaar dat het altijd aan te raden is om de omgeving van de patiënt een ampul met glucagon te bezorgen, zodat hij snel een injectie kan toegediend krijgen.

Op voorwaarde uiteraard dat de situatie duidelijk is...

Geen halve maatregelen

Blijkt de glucagon ondoeltreffend, dan rest er nog een andere mogelijkheid: een intraveneuze injectie met glucose toedienen. Een andere toedieningsweg is volledig gecontra-indiceerd omdat dergelijke hypertone oplossingen bijzonder irriterend zijn. Er moet 20 à 30 gram glucose ingespoten worden in één keer, wat overeenkomt met niet minder dan 7 ampullen van 10 ml met een 30% glucoseoplossing of 4 ampullen van 10 ml met een 50% glucoseoplossing. Die laatste oplossing lijkt praktischer, aangezien er minder ampullen moeten worden ingespoten. De oplossing is echter dikker, wat injectieproblemen kan veroorzaken en de kans

op tromboflebitis verhoogt. Ook opletten voor het feit dat de patiënt meestal geagiteerd is tijdens de injectie. Vandaar dat de arts al het materiaal moet klaarleggen vóór hij de injectie toedient en een vleugelnaald moet gebruiken, om de arm van de patiënt stil te houden.

De patiënt komt meestal meteen na de behandeling weer bij en moet vervolgens trage suikers innemen.