

De stille doder...

Apr Jos Verlinden

Vroegtijdige diagnose voor een betere prognose

We onderscheiden voornamelijk diabetes type 1 (β -cel-destructie), type 2 (insulinetekort en insulineresistentie) en zwangerschapsdiabetes. Een vroegtijdige diagnose kan een belangrijke invloed hebben op de prognose. De diagnose van diabetes mellitus wordt gesteld op basis van een nuchtere glycemie (klinische tekens zoals polydipsie en polyurie kunnen soms een aanwijzing geven). Men raadt aan om te screenen op diabetes vanaf 45 jaar en zelfs jonger bij aanwezigheid van risicofactoren (overgewicht, diabetes in de familie, kind met hoog geboortegewicht, zwangerschapsdiabetes, hypertensie, ...). Twee relatief nieuwe begrippen, gestoorde nuchtere glycemie (IFG) en gestoorde glucose tolerantie (IGT) zijn voorboden van diabetes en vooral ook cardiovasculaire risicofactoren.

Hoe strenger, hoe beter: HbA1c minder dan 6,5%

Streefdoel van de behandeling is een HbA1c kleiner dan 6,5%. In de eerste plaats tracht men dit te bereiken via aangepast dieet en fysieke activiteit. Wanneer deze maatregelen

Diabetes mellitus betekent anno 2004 een belangrijke bedreiging van de volksgezondheid. Terecht spreekt men van een echte epidemie. De prevalentie wereldwijd wordt namelijk geschat op 200 miljoen, een cijfer dat in de onmiddellijke toekomst nog spectaculair zal toenemen. Vooral in de Westerse wereld ligt deze prevalentie zeer hoog (in de Verenigde Staten zelfs tussen de 8 en 11%). Het is een ziekte die een belangrijke impact heeft op de levenskwaliteit en wordt gekenmerkt door een aantal typische complicaties: retinopathie, nefropathie, neuropathie en micro- en macrovasculaire arteriopathie. Grote studies zoals DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) en UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) leren ons dat een goede diabetesregeling mortaliteit en morbiditeit verminderen. Hoe vroeger men ingrijpt, hoe beter het resultaat.

onvoldoende blijken gaat men best zo snel mogelijk over tot het gebruik van orale antidiabetica. Men maakt een onderscheid tussen sulfonylureumderivaten, gliniden, α -glucosidaseremmers, biguaniden en thiazolidinedionen (Tabel 1).

Sulfonylureumderivaten zullen binden aan de betacellen en op die manier de insulinesecretie stimuleren. Bij het gebruik van deze producten dient men rekening te houden met een verhoogde kans op hypoglycemie. Patiënten moeten daarom

Men raadt aan om te screenen op diabetes vanaf 45 jaar en zelfs jonger bij aanwezigheid van risicofactoren.

goede instructies krijgen bij het gebruik van deze medicatie. De meer recente gliniden werken snel en kort. Alfa-glucosidaseremmers verminderen de postprandiale hyperglycemie door inhibitie van darmenzymen die koolhydraten afbreken. Biguaniden

worden preferentieel gebruikt bij patiënten met overgewicht. Thiazolidinedionen remmen dan weer de productie van glucose in de lever en bevorderen het perifere gebruik van glucose. Ze kunnen worden gebruikt in mono-of combinatietherapie

en hebben tevens gunstige bijkomende effecten zoals correctie van de hyperinsulinemie, vermindering van de microalbuminurie, een gunstig effect op de lipiden en op een aantal inflammatoire merkers die tussenkomen bij atherosclerose.

Bij onvoldoende controle met orale middelen zal men tenslotte insulino-therapie opstarten. Sinds kort is een nieuwe insuline (insulineglargine) beschikbaar die 24u werkt. Het voordeel is voornamelijk dat er maar één maal per dag dient te worden ingespoten en dat het risico op nachtelijke hypo's afneemt. Bij diabetes type 1 is er uiteraard vanaf het begin toediening van insuline noodzakelijk.

Een optimale glycemiecontrole vergt een belangrijke discipline van de patiënt. Elke minuut van de dag is hij met zijn ziekte bezig. Dit is uiteraard niet altijd gemakkelijk. Een goede diabetes-educatie van de patiënt en zijn omgeving kan hierbij helpen. Ook de gebruiksvriendelijkheid van het materiaal dat de patiënt gebruikt om zijn glycemiewaarden op regelmatige tijdstippen te controleren (glucometers) en om insuline in te spuiten spelen een belangrijke rol bij de compliance van de diabetes-patiënt.

Diabetische voet betekent een hoge kost voor de maatschappij

Complicaties aan de voeten zijn de voornaamste redenen voor ziekenhuisopnames van diabeten. 15% van alle diabeten ontwikkelen ooit een

Tabel 1: Orale antidiabetica.

Sulfonylureumderivaten
- glibenclamide (Daonil®, Euglucon®)
- glimepiride (Amarylle®)
- gliclazide ((uni)-Diamicon®)
- gliquidon (Glurenorm®)
- glipizide (Glibenese, minidiab®)
Biguaniden
- metformine (Glucophage®, Metformax®)
Gliniden
- repaglinide (Novonorm®)
Alfa-glucosidaseremmers
- acarbose (Glucobay®)
Thiazolidinedionen
- pioglitazone (Actos®)
- rosiglitazone (Avandia®)

Diabetische voetproblemen veroorzaken niet alleen enorm veel menselijk leed maar zijn tegelijkertijd erg duur.

voetulcus en tussen de leeftijd van 45 en 65 jaar worden 15-maal meer amputaties uitgevoerd bij diabeten in vergelijking met niet-diabeten (boven 65 jaar stijgt dit zelfs tot 25-maal of meer). Diabetische voet is de verzamelaar voor alle diabetescomplicaties ter hoogte van de voeten. De oorzaak kan zowel van vasculaire als neuropatische oorsprong zijn, maar ook door 'Limited Joint Mobility' (een beperkte gewrichtsbewegelijkheid door glycosylatie van de gewrichtsstructuren). Diabetische voetproblemen veroorzaken niet

alleen enorm veel menselijk leed maar zijn tegelijkertijd erg duur en vormen een belangrijke financiële belasting voor de maatschappij. De aanpak van diabetische voet vergt een multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts, internist-endocrinoloog, orthopedisch chirurg, voedingsdeskundige, diabetes-verpleegkundige, schoentechniker en podoloog. De nadruk ligt daarbij vooral op het opsporen van risicovoeten: interdigitale letsels, ingegroeide nagels, onychomycose, misvormingen, eeltknobbels, hyperkeratose, lokale roodheid, ...

Vervolgens zal men op zoek gaan naar eventuele aanwezigheid van arteriopathie en/of neuropathie.

De behandeling van diabetische voet start bij een optimale diabetesregulatie, gecombineerd met een educatie van risicopatiënten. Voethegyiëne (b.v. minstens 2x/week wassen met iso-Betadine germicide zeep), voetinspectie, preventieve behandeling van voetletsels (dagelijks een vette crème aanbrengen en nagels recht knippen), vermijden van traumata (b.v. geen open schoenen dragen), dragen van aangepaste zolen en schoenen zijn aandachtspunten bij het voorkomen van belangrijke letsels. Eenmaal een wonde aanwezig moet men deze volgens de regels van de kunst behandelen. Tegenwoordig kunnen we beschikken over een arsenaal van hoogtechnologische wondverbanden.

Diabetespas voor meer therapietrouw

Therapietrouw is van groot belang bij de aanpak van risicopatiënten. Om hierbij te helpen werd de diabetespas ingevoerd. Het doel van dit dossier (dat wordt bewaard door de patiënt zelf) omvat responsabilisering, overleg en informatie. Elke patiënt kan deze pas aanvragen bij zijn mutualiteit na het voorleggen van een attest van huisarts of specialist. Voor risicopatiënten is er jaarlijks een terugbetaling voorzien van twee consulten bij de diëtist en 2 consulten bij een podoloog, erkend door het RIZIV.

...met veel handlangers

De epidemiologische gegevens spreken voor zich: diabetes gaat vaak gepaard met hypertensie, hypercholesterolemie en obesitas. Op hun beurt verhogen deze pathologieën de kans op complicaties, zoals renale of cardiovasculaire problemen, ... Patiënten die last hebben van diabetes type 2 en hypertensie lopen daarom een minstens tweemaal zo hoog risico.

Het hoeft geen betoog dat de behandeling van deze geassocieerde pathologieën een ware uitdaging is waar niet te licht mag worden overgegaan, maar die doortastend en actief moet worden aangepakt. Apothekers hebben hier een volwaardige adviserende rol te vervullen wanneer ze dagelijks patiënten zien die hun hypoglykemiërende medicatie komen halen.

Weg met kilo's en slechte eetgewoonten

Overgewicht is de grootste risicofactor voor de ontwikkeling van diabetes type 2 waarop men actief kan inspelen. Een grondige wijziging van voedingsgewoonten en lichamelijke activiteiten kan de ontwikkeling van diabetes type 2 vertragen en zelfs voorkomen. Verschillende studies die in 2001 en 2002 in het serieuze *New England Journal of Medicine* werden gepubliceerd, hebben dit aangetoond. We stellen desondanks vast dat meer dan 90% van de mensen met diabetes type 2

last heeft van overgewicht of zwaarlijvigheid.

Het recent (januari 2004) in "*Diabetes Care*" gepubliceerde onderzoek Xendos laat duidelijk zien dat een afslankende behandeling (in dit geval met Xenical) de kans op de ontwikkeling van diabetes type 2 aanzienlijk doet dalen. Gewichtsverlies bij patiënten die medicatie associeerden met een wijziging van hun levensgewoonten, deed de kans op diabetes type 2 met 37% dalen ten opzichte van patiënten die enkel hun levensgewoonten veranderden. Bij patiënten met een gewijzigde glucosetolerantie (wat pre-diabetes wordt genoemd) daalde dit risico met 52%.

Het toedienen van sibutramine (Reductil®) moet binnen dezelfde multifactoriële aanpak ter behandeling van zwaarlijvigheid gebeuren. Het geneesmiddel regelt tegelijkertijd het verzadigingsgevoel (door remming van de serotonine-reuptake) en de honger (door de accumulatie van noradrenaline in de laterale hypothalamus), en het stimuleert de thermogenese lichtjes. Het helpt de patiënt om zijn dieetinspanningen voort te zetten en biedt ook geestelijke ondersteuning. Al tijdens de eerste maand van gebruik is het geneesmiddel merkbaar efficiënt. Dit ondersteunt de patiënt bij zijn inspanningen om zijn gewoonten van leven, voeding en lichamelijke activiteiten, ... te wijzigen.

Kort samengevat

Een diabetespatiënt mag niet als een geïsoleerde entiteit worden beschouwd. De ermee gepaard gaande pathologieën of risicofactoren zijn zo belangrijk voor de morbiditeit en mortaliteit dat ze best tegelijkertijd worden aangepakt. Zwaarlijvigheid en hypertensie maken er deel van uit. Als we deze stille epidemieën willen indijken, moeten alle zorgverstrekkers zich hiervan bewust zijn.



De klinieken voor het Juiste Gewicht

De stichting Hodie Vivere heeft het onderzoek naar en de preventie van beschavingsziekten tot doel. Het aanpakken van de voedingsgewoonten en de gevolgen ervan behoort uiteraard tot het werkingsgebied van de vereniging. Ze stelde een opvolgingsprogramma op punt zodat de patiënten regelmatig kunnen worden opgevolgd. Dit gebeurt binnen de gehele problematiek van overgewicht en met een bijzondere aandacht voor de voeding. Het gaat dus om een systemische aanpak van het overgewichtprobleem, dat bij voorkeur een multidisciplinaire therapeutische zorg krijgt.

Voor meer informatie: Stichting Hodie Vivere - Adolphe Buyllaan 145 - 1050 Brussel - Tel. 02/650.25.81 - e-mail: fondationhv@belgacom.net