



Aanbevelingen bij de **behandeling** van **diabetes** bij oudere personen

Naar een voordracht door Prof Maurits Vandewoude¹, Dr Lutgarde De Paepe² en Dr Nele Van den Noortgate³

Keywords:

diabetes

elderly

guidelines

Diabetes type 2 neemt wereldwijd epidemische vormen aan. Ook bij de geriatrische patiënt zien we een belangrijke toename van deze problematiek. Recent werden door de AGS (American Geriatric Society) richtlijnen (Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus) opgesteld voor de aanpak van diabetes type 2 bij oudere personen.

Belangrijke toename van diabetes

Diabetes type 2 neemt wereldwijd epidemische vormen aan. Bij de geriatrische populatie is het niet anders. Volgens cijfers van de CDC nam de prevalentie van DM bij 70-plussers toe van 11,6% in '90 tot 12,7% in '98. Bij de groep van 60- tot 74-jarigen wordt de ziekte duidelijk ondergediagnosticeerd. Diabetes verhoogt het risico op vroegtijdige mortaliteit, op functionele handicap en op comorbiditeiten als hypertensie, coronaire ziekte en beroerte. Tegelijkertijd bestaat er een interferentie met de grote geriatrische syndromen: depressie, cognitieve stoornissen, urinaire incontinentie, valincidenten en chronische pijn.

De bestaande richtlijnen in verband met diabetes zijn voornamelijk gericht op een jongere populatie. Voor de geriatrische patiënt bestonden tot hier toe nog geen echt specifieke aanbevelingen. De nadruk wordt ook meestal gelegd op optimale glycemiecontrole en preventie van microvasculaire complicaties, terwijl bij oudere personen echter andere aspecten belangrijker zijn. De cardiovasculaire controle weegt bijvoorbeeld zwaarder dan de glycemiecontrole.

Nood aan specifieke geriatrische richtlijnen

Doel van deze richtlijnen is om een aantal op evidentie gebaseerde (RCT's en meta-analyses) aanbevelingen aan te bieden, niet alleen specifiek voor de diabetesproblematiek, maar tevens specifiek voor de geriatrische syndromen. Net zoals in het algemeen bij diabeteszorg tracht men individuele targets na te streven en bestaat het beleid uit verschillende facetten: controle van hyperglycemie en symptomen (gedaalde cognitie, polyurie...), preventie, evaluatie en behandeling van micro- en macrovasculaire complicaties, zelfzorg via doorgedreven educatie en tenslotte aandacht voor de algemene gezondheidstoestand.

Heterogene groep

De groep van oudere personen met diabetes wordt gekenmerkt door een belangrijke heterogeniteit. Het moment van diagnose (en bijgevolg de duurtijd van diabetes), de aanwezigheid van comorbiditeiten, de kwetsbaarheid en de levensverwachting kunnen sterk verschillen.

Al deze elementen spelen een rol in de uiteindelijke toepassing van de richtlijnen.

Het is van belang dat naast de patiënt zelf ook de familieleden een goede educatie ontvangen. Deze kennis over de eigen ziekte moet trouwens op regelmatige basis worden herbekeken, aangezien de geriatrische diabetespatiënt uiteindelijk veel dynamischer is in zijn medische evolutie dan de

De bestaande richtlijnen in verband met diabetes zijn voornamelijk gericht op een jongere populatie.

jongere diabetespatiënt. Een betere controle van lipiden en bloeddruk leveren al na 2 tot 3 jaar een betere levensverwachting op, terwijl men voor de microvasculaire winst door betere glycemiecontrole 8 jaar moet wachten. Men zal dus in eerste instantie de mortaliteit beter beïnvloeden door een strikte controle van lipiden en bloeddruk dan door een optimalisatie van

1. Dienst geriatrie, UZ Antwerpen, UA

2. Dienst endocrinologie, ACZA Antwerpen, campus St Elisabeth

3. Dienst geriatrie, UZ Gent, UG

Tabel 1: Indeling op basis van bewijskracht.

- A. Altijd te doen.
- B. Beter te doen.
- C. Afhankelijk van individu tot individu.
- D. Beter niet te doen.
- E. Zeker niet te doen.

de glycemiecontrole. Men wil bij deze populatie voornamelijk een betere wondheling, vermindering van de symptomen door hyperglycemie en een maximalisatie van de cognitie bekomen. Men moet oppassen voor ingewikkelde, dure en minder comfortabele behandelingen die soms verregaande neveneffecten hebben, op weinig medewerking van de patiënt kunnen rekenen en een duidelijke afname van de levenskwaliteit veroorzaken.

Grote geriatrische syndromen

Tabel 2: Kwaliteit van evidentie.

- Niveau I: minstens één RCT beschikbaar.
- Niveau II:
 - minstens 1 goede klinische studie,
 - cohort of 'case-controlled' analytische studies,
 - belangrijke resultaten bij ongecontroleerde experimenten.
- Niveau III:
 - klinische ervaring,
 - beschrijvende studies,
 - expert rapporten.

Bij de meeste van de studies waarop men zich heeft gebaseerd om de richtlijnen op te stellen, gaat het uiteraard niet in de eerste plaats om oudere personen. Men moet zich bijgevolg toch enkele vragen stellen bij de extrapolatie van gegevens. Wat betreft de grote geriatrische syndromen heeft men gekozen voor die syndromen die ofwel veel meer voorkomen bij oudere diabetespatiënten, ofwel pathofysiologische aspecten bezitten die een aanleiding geven tot een aanzienlijke verhoging van het risico. Men koos voor de volgende geriatrische syndromen: polyfarmacie, depressie, cognitieve stoornissen, urinaire incontinentie, valincidenten en chronische pijn. De aanbevelingen kwamen tot stand als volgt. Eerst verzamelde men informatie over bestaande aanbevelingen en andere gegevens uit de literatuur. Vervolgens stelde men evidentietabellen



op en paste men de bestaande richtlijnen aan. Tenslotte werden de nieuwe aanbevelingen voorgelegd aan een panel van exper-

ten (algemene internisten, huisartsen, geriateren, endocrinologen, onderzoekers in de gezondheidszorg en diabetes-educatoren). Op basis van bewijskracht werden vijf groepen gedefinieerd (Tabel 1). Tegelijkertijd waren er drie niveau's van evidentiekwaliteit (Tabel 2).

De aanbevelingen zelf Aspirine (I B)

Dagelijkse aspirine-inname (81-325mg/d), indien niet gecontraïndiceerd, geeft 30% minder risico op AMI en 20% reductie van beroerte. Er bestaat geen evidentie dat 1.000mg doeltreffender zou zijn.

Roken (II A)

Steeds moet worden onderzocht of de patiënt wenst te stoppen met roken. Counseling en medicatie als hulp bij rookstop dient te worden aangeboden aan de patiënt. 12% van de diabetespatiënten boven de 65 rookt. Er bestaat evidentie voor een hoger risico op coronaire ziekte. Verscheidene RCT's hebben de doeltreffendheid van counseling en

medicatie aangetoond bij de algemene bevolking. Twee kleinere studies werden specifiek bij diabeten gedaan.

Hypertensie

I A De doelwaarde van de bloeddruk bedraagt minder dan 140/80 (indien verdragen door de patiënt). Een bloeddrukdaling van 10% geeft 11% risicoreductie voor AMI en 13% voor microvasculaire complicaties. De verschillende klassen van antihypertensiva geven gelijkaardige resultaten wat betreft doeltreffendheid in het verlagen van het aantal cardiovasculaire events.

De groep van oudere personen met diabetes wordt gekenmerkt door een belangrijke heterogeniteit.

III A De bloeddruk moet geleidelijk aan behandeld worden. Er zijn geen gegevens beschikbaar over optimale tijdsintervallen. De expertconsensus stelt dat de initiële daling niet meer dan 20mmHg mag bedragen. Indien dit goed verdragen wordt kan men verder gaan.

III B Wanneer de systolische bloeddruk 140-160mmHg bedraagt en de diastolische 90-100mmHg dient binnen de 3 maanden te worden behandeld. Als de bloeddruk hoger is dan 160/100mmHg is interventie binnen de maand aangewezen. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het optimale startmoment voor de behandeling. Experts zijn het erover eens dat de ernst van de bloeddruk een indicatie is voor de urgentie om te starten met antihypertensieve behandeling.

II A Bij ACE-inhibitoren dient het Kalium te worden gecontroleerd één tot twee weken na opstarten van de therapie, bij elke dosisverhoging en verder minstens éénmaal per jaar. Een aantal ongecontroleerde studies toonden aan dat oudere personen gevoeliger zijn voor hyperkaliëmie en

vermindering van de nierfunctie. Bij thiaziden of lisdiuretica controleert men de elektrolyten binnen één tot twee weken na aanvang, bij iedere dosisverhoging en minstens éénmaal per jaar.

Glycemiecontrole

III B De HbA1C-waarde, die men nastreeft, is erg individueel bepaald. Bij gezonde ouderen tracht men een HbA1c van minder dan 7% te bereiken. Bij zwakkere geriatrische patiënten met een

te passen en het individuele risico op hypoglycemie.

II B Wanneer regelmatig hypoglycemies optreden of de behandeling wordt aangepast dient een Diabetes-educator of diabetoloog te worden geraadpleegd.

Lipiden

I A Indien mogelijk dienen de lipiden te worden gecorrigeerd. Verscheidene RCT's toonden aan dat een vermindering van LDL-waarden door een sta-

Nefropathie

Microalbuminurie wordt gecontroleerd bij initiële screening en daarna jaarlijks.

Het moet steeds worden onderzocht of de patiënt wenst te stoppen met roken.

Voetonderzoek

Jaarlijks dienen de voeten te worden onderzocht op huidletsels, botdeformiteit, verminderde gevoeligheid en verminderde doorbloeding.

Educatie

I A De eerste maal bij diagnose en vervolgens op regelmatige tijdstippen dienen patiënt en familieleden te worden geëduceerd. Men geeft informatie over hypo- en hyperglycemie, uitlokkende factoren, preventieve maatregelen, monitoring en symptomen,

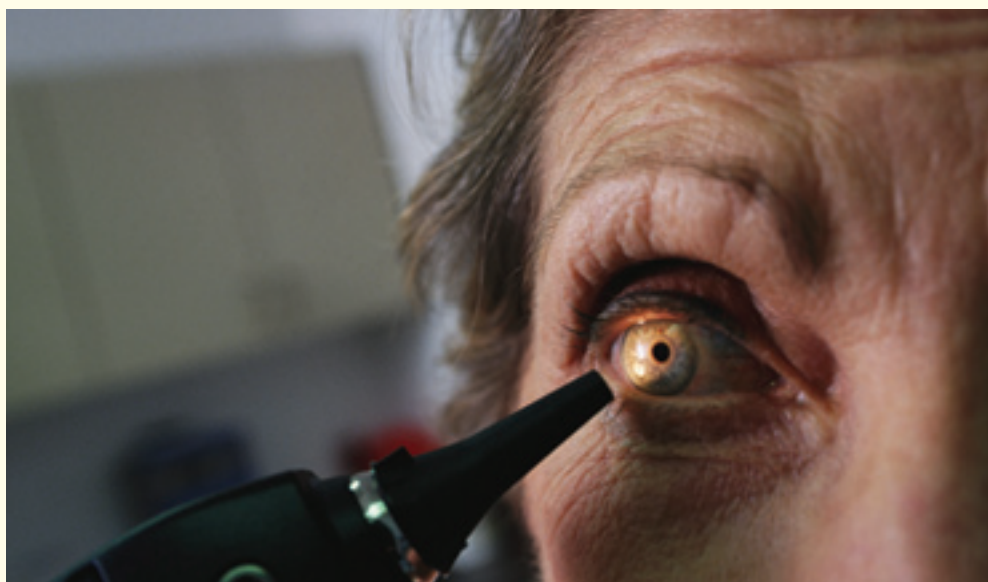
Hypertensie

Hypertensie is een zeer belangrijke risicofactor voor nierbeschadiging, bij alle patiënten met bestaande nierziekte en in het bijzonder bij DM. Verschillende studies hebben aangetoond dat het noodzakelijk is om de bloeddruk lager te brengen dan wat getolereerd wordt in patiënten zonder bijkomende risico's. De keuze van het anti-hypertensivum: EBM stelt dat ACE-remmers bij type 1 en Sartanen bij type 2 de eerste keuze zijn wegens hun gunstig effect op proteïnurie en nierfunctie. Of Sartanen ook geschikt zijn bij type 1 en ACE-I bij type 2 is minder evident, maar gezien hun gemeenschappelijke *target*, zijn ze waarschijnlijk gunstig in zowel type 1 als 2. Of een combinatie van beide een additief gunstig effect heeft is waarschijnlijk, maar niet met zekerheid uitgemaakt. Andere bloeddrukdalers kunnen natuurlijk eveneens worden voorgeschreven.

levensverwachting van minder dan vijf jaar heeft intensieve glycemiecontrole minder zin aangezien deze maar een invloed heeft op de levensverwachting na acht jaar.

- I In de UKPDS-studie gaf 1% reductie van de HbA1C bij personen van middelbare leeftijd, 37% reductie van macrovasculaire complicaties en 21% reductie van eender welk eindpunt.
- II Wanneer men dit extrapoleert naar gezonde oudere personen geeft een intensieve glycemiecontrole meer kans op hypoglycemie, polyfarmacie en geneesmiddeleninteracties.
- III Er is geen plaats voor intensieve glycemiecontrole bij verzwakte ouderen.
- III B De HbA1C dient minstens éénmaal om de 6 maanden te worden gemeten (indien noodzakelijk nog frequenter). Wanneer een stabiele waarde wordt bekomen, volstaat een jaarlijkse controle. De mogelijkheid om zelf de glycemie op te volgen is afhankelijk van de functionele en cognitieve capaciteiten van de patiënt. Het beleid is afhankelijk van het doel van de behandeling, de beoogde HbA1c-waarde, de mogelijkheid van de patiënt om zelf zijn behandeling aan

tine bij oudere personen een reductie gaf van cardiovasculaire complicaties (secundaire preventie: 4S en Lipid, primaire preventie: HPS).



Oogonderzoek

Nieuwe diabetespatiënten worden voor een fundoscopie verwezen naar de oftalmoloog.
II B Bij verhoogd risico (symptomen, evidentie voor glaucoma, retinopathie of cataract, HbA1c > 8%, DM type 1, BD > 140/80mmHg) is een fundoscopie éénmaal per jaar aangeraden.

behandeling en beschikbaarheid van zorgverleners.

- III B Techniek van glycemiemetingen wordt regelmatig terug ingeoefend.
- I A Voeding, gewicht en lichaamsbeweging worden regelmatig opgevolgd.
- III A Educatie over nieuwe medicatie, gebruik ervan en eventuele nevenwerkingen.