

Insuline en diabetes type 2: wanneer zetten we de stap...

Pierre Dewaele

KEYWORDS: INSULINE – DIABETES TYPE 2

Insulinetherapie bij diabetes type 2 is aangewezen voor patiënten met contra-indicaties voor orale behandelingen, en in bepaalde specifieke situaties (acute complicaties, intercurrente aandoeningen...). Maar in de meeste gevallen wordt deze therapie aangewend bij mensen met secundair falen van medicamenteuze behandelingen. Er zijn echter weinig eerstelijns-artsen die de stap naar deze behandeling durven zetten: gebrek aan vorming en informatie, terughoudendheid van de patiënt... Met de arts Georges Krzentowski, diabetoloog en voorzitter van de Association Belge du Diabète (ABD), Patrick De Moor, huisarts in Brussel, en Pierre Legat, huisarts in La Hestre hadden we hierover een gesprek.

Het kenmerk van de natuurlijke evolutie van diabetes type 2 is een geleidelijk droogvallen van de insuline-secretie. Na enkele jaren eindigt deze evolutie in een verslechtering van het metabole evenwicht, en bijgevolg een geleidelijke ontsnapping aan de orale behandelingen. Het jaarlijkse percentage therapeutisch falen wordt tussen 5 en 10% geraamd. Na vijf jaar behandeling met hypoglykemiërende sulfamiden is minder dan 40% van de diabetici type 2 goed in balans.

Vanuit deze gegevens vertrekken verschillende denkpijlen. "We zijn getuigen van een explosie van het aantal gevallen van diabetes 2", vertelt Dr Krzentowski. "Bovendien blijft de helft van de gevallen onbekend en zorgen de gebruikers in België ervoor dat we veel te laat naar insuline grijpen. Patiënten die bij onze specialisten op consultatie komen, hebben veel te hoge percentages geglycosyleerd hemoglobine, vaak meer dan 9 of 10%. Het is dus van groot belang dat er beter en sneller wordt overgestapt op insuline; dit is eigenlijk essentieel om een betere balans te verkrijgen, waardoor complicaties worden vermeden."

Duidelijke aanbevelingen...

Volgens de aanbevelingen van de Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (Alfédiam), moet insulinetherapie worden voorgesteld als de maximale orale behandelingen falen. Het UKPDS-onderzoek heeft een significante vermindering aangetoond van microvasculaire complicaties, en een iets minder duidelijke vermindering van macroangiopathie na een

"Wij zijn van mening dat deze overstap naar insuline gemakkelijk bij de huisarts kan gebeuren", vertelt Georges Krzentowski.

intensieve behandeling. Het vroegtijdig instellen van een insulinetherapie zorgt ervoor dat de residuele insuline-secretie in stand blijft. In het begin kan de patiënt insuline nemen via een schema van het type "bedtime". De arts schrijft dan insuline retard voor bij het slapengaan, gelijktijdig met



■ Dr Patrick De Moor



Dr Georges Krzentowski ■

het innemen van sulfamiden en metformine. Dit schema werkt nog efficiënter als er sprake is van hyperglykemie in de ochtend, wat op perifere insulineresistentie duidt.

Volgens Georges Krzentowski “kan deze zorgverlening enkel samengaan met een betere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Behalve diabetes moeten ook obesitas, hypertensie, roken... aandacht krijgen. We denken dat de snellere overstap naar insuline gemakkelijk bij de huisarts kan gebeuren.”

Moeilijk in de praktijk te brengen

Dr Patrick De Moor heeft “op dit moment erg weinig patiënten met diabetes type 2 die insuline nemen. De meeste patiënten zijn voldoende in evenwicht met orale antidiabetica. De vraag is natuurlijk hoe specialisten en huisartsen het begrip ‘voldoende’ interpreteren. Voor mij is een patiënt die zich af en toe tussen 7 en 8% HbA1c bevindt ondanks een optimale en correct gevolgde orale behandeling, geen kandidaat voor insuline.

Maar ik denk dat huisartsen over het algemeen ‘soepeler’ (dit wil niet zeggen ‘laks’) omgaan met de therapeutische richtlijnen dan specialisten.”

Voor Dr Pierre Legat “heeft de terughoudendheid ten opzichte van de overstap naar insuline tal van aspecten. Eerst en vooral kunnen patiënten deze overstap op psychologisch vlak

Voor Pierre Legat
“valt een eventuele
insulinetherapie, vooral
in het kader van diabetes
type 2, binnen het
domein van de huisarts-
geneeskunde”.

vrezen, net zoals de behandelende arts trouwens. De eerste is bang van de injectie, de tweede van de bijwerkingen. Daarbij komt dat een eerste lijnsarts dit helemaal niet gewoon is. Wij volgen de behandelingen die bij de specialist werden begonnen, maar stellen ze zelden zelf in. Gedurende

onze studiejaren hebben ze ons immers tot treurens toe herhaald dat dit het voorrecht bleef van specialisten en niet van huisartsen. Dit is verkeerd en vooral ingeval van diabetes type 2 denk ik ook dat een eventuele insulinetherapie zich binnen het domein van de huisartsgeneeskunde bevindt.”

Voor Dr Krzentowski “is er dus informatie (HbA1c < 7%) en een aangepaste vorming nodig, maar ook ad hoc middelen. Dit betekent niet enkel de balpen, maar ook de bloedcontrole. In België zitten we hier echter helemaal vast omdat de terugbetaling van het materiaal voor zelfcontrole van het bloed enkel beschikbaar is voor diabetespatiënten die minstens tweemaal per dag een injectie nemen. Er is dus sprake van een krachtige rem, zonder dat daar snel een oplossing voor is. Binnen het RIZIV wordt er al lange tijd discussie gevoerd, maar dit heeft nog nergens toe geleid. Niemand begrijpt waarom want de kostprijs per patiënt is niet hoog: drie lancetjes per week zijn zeker aanvaardbaar in verhouding tot de kosten die een slecht gecontroleerde glykemie met zich meebrengt.”

De middelen voor een echte preventie

“Als de richtlijnen morgen een lagere HbA1c verdedigen en het gebruik van insuline aanraden, ben ik de eerste om ze te volgen nadat ik een aangepaste opleiding heb gekregen. Wij hebben als eerstelijnsartsen te weinig praktijkervaring om een insulinebehandeling in te stellen. Ik ben bang dat het betere daardoor de vijand van

“Als de richtlijnen morgen een lagere HbA1c verdedigen en het gebruik van insuline aanraden, ben ik de eerste om ze te volgen nadat ik een aangepaste opleiding heb gekregen”, verklaart Patrick De Moor.

het goede wordt. Voor ons, huisartsen, is therapietrouw essentieel. Als we nog meer inspanningen van de patiënten gaan vragen, vrees ik dat ze alles overboord zullen gooien, hoewel we weten dat het een reële verbetering betekent. Want zelfs al gebeurt ze enkel 's avonds, een injectie vraagt een andere soort handeling van een patiënt dan een behandeling per os. Mijn patiënteel is natuurlijk vrij jong. Dit betekent ook dat de opsporing vroeg gebeurt, wat altijd ideaal is voor een optimale behandeling”, vertelt Patrick De Moor.

“Een betere opleiding kan een oplossing zijn. Het obstakel voor de patiënten bestaat uit moeilijkheden die we te boven kunnen komen. We zien immers dat als een arts overtuigd is, de patiënten meestal volgen. Er blijven natuurlijk wel de angst voor gewichtstoename, de angst om

zichzelf te prikken en de angst voor hypoglykemie, met de daaraan verbonden problemen rond de zelfcontrole van het bloed”, vervolgt Georges Krzentowski.

“De opleiding hebben we inderdaad niet gekregen via onze klassieke studie. Het is ook zo dat het instellen van een insulinebehandeling bij de specialist gebeurt en wij nadien zijn aanbevelingen volgen. De behandeling aanpassen is al meer ons terrein. Het eerste voorschrift bepaalt het type insuline en de dosering. We beschikken helaas niet over voldoende praktijkervaring om dit te doen...”, besluit Dr P De Moor.

Berekende risico's

Voor Dr Krzentowski “zijn alle episoden boven 7% HbA1c schadelijk. Orale antidiabetica zijn absoluut doeltreffend en kunnen de termijn uitstellen, maar op een bepaald moment zal insuline nodig zijn. In Nederland ligt het insulinegebruik tweemaal hoger dan bij ons, voor een gelijkaardige diabetespopulatie. Het gebruik van insuline bij een patiënt met een HbA1c > 7% en een maximale dosis orale antidiabetica, is binnen het bereik van huisartsen. Het volstaat om een dosis van 10 eenheden insuline retard toe te voegen bij het slapengaan. Dit is niet moeilijk noch gevaarlijk. Bij type 2 diabetici, die in 80% van de gevallen zwaarlijvig zijn, is de kans op hypoglykemie heel laag.”

Pierre Legat blijft persoonlijk “erg terughoudend, vooral vanwege de fysiopathologie. Diabetes type 2-patiënten zijn immers vaak zwaarlijvig en hebben last van hyperinsulinisme en insulineresistentie. Wat doen we dan als we in dit stadium extra insuline toedienen? Waarvoor dient dit? Als het de vetmassa vergroot, is het zeker geen goed idee. Dit verandert natuurlijk vanaf het moment dat we een bewijs hebben dat de insulinereserve uitgeput geraakt. Het gaat wel om een theoretische reserve,

maar de vraag blijft dezelfde. De nieuwe insulines in combinatie met orale antidiabetica zijn natuurlijk een vooruitgang, maar ze moeten dan nog beschikbaar zijn voor de patiënt (en



■ Dr Pierre Legat

middels voorschrift door de huisarts). Het diabetespaspoort is al een stap vooruit inzake informatie. Het zorgt ervoor dat het gesprek op gang komt, in het bijzonder met diabetes type 2-patiënten... Toch blijft een bezoek aan de diabetoloog gebruikelijk als er sprake is van insuline...”

Het is dus ongetwijfeld een kwestie van gewoonte, maar ook van investering. De verdiensten van de eerste lijn worden tegenwoordig alom geprezen, maar zonder dat ze de middelen krijgt om daadwerkelijk te handelen. Men kan zich dus afvragen of er wel een echte politieke wil bestaat om het optreden van complicaties bij diabetes type 2 te voorkomen. In mei jongstleden heeft “La Revue Prescrire” een artikel gewijd aan deze problematiek. Een ander artikel hierover verschijnt in juni.

Vlaamse Diabetes Vereniging

Ottergemsesteenweg 456
9000 Gent
Tel: 09/221.00.82
Fax: 09/220.05.20

Referenties

1. L'insuline dans le diabète de type 2. Rev Prescrire 2005;25(261):355-62.
2. Diabète de type 2: dédramatiser le recours à l'insuline. Rev Prescrire 2005;25(262):443-9.