

# Een halt roepen aan de opmars van type 2 diabetes

Wouter Colson

*Patient Care, januari 2001, jaargang 24, nummer 1, pg. 21-22*

**Diabetes type 2 is in opmars. De vergrijzing van de bevolking maakt dat deze aandoening in de lift zit. Maar de toename zou ook verband houden met de grotere prevalentie van risicofactoren. Dat wordt onder meer geïllustreerd door de relatief jonge leeftijd waarop nieuwe gevallen zich steeds meer zouden voordoen.**

Te vaak nog wordt de diagnose van type 2 laattijdig gesteld, bijvoorbeeld pas naar aanleiding van klachten over de langetermijncomplicaties. Vroegtijdige opsporing is aangewezen, maar is geen doel op zich. Het kadert in een globale preventiestrategie en dat is het terrein bij uitstek van de huisarts.

## **Expresinformatie**

Diabetes type 2 is een aandoening die dikwijls te laat wordt gediagnosticeerd, maar die een belangrijke negatieve impact kan hebben op de levensverwachting en op de kwaliteit van het leven. Preventie en opsporing passen in een globale aanpak van risicofactoren in de eerste lijn.

In kader van het Monicaproject werden in de provincie Luxemburg in de jaren tachtig 1949 patiënten tussen 35 en 64 jaar oud onderzocht. Bij 4,1% van hen werd diabetes ontdekt. De helft van deze patiënten waren evenwel van deze diagnose nog niet op de hoogte. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat bij ongeveer een derde tot de helft van de personen met diabetes type 2 de diagnose nog niet is gesteld.

Diabetes is nog steeds een aandoening met een ongunstige prognose. Diabetespatiënten lopen twee tot vier keer meer kans om te overlijden aan een ischemische hartaandoening. Het risico van transient ischaemic attack of CVA ligt zes keer hoger.

In 1998 werden in België 186 huisartsen bevraagd. Daaruit bleek dat 21,5% van hun diabetespatiënten met ernstige cardiovasculaire verwickelingen kampte en dat diabetische voetletsels bij 5% voorkwamen. Anderhalf procent van de patiënten had een amputatie ondergaan en 2% was minstens aan een van beide ogen blind. De ziekte vermindert onbetwistbaar de kwaliteit van het leven, vooral bij onvoldoende controle.

## ***Primaire en secundaire preventie***

Preventie van diabetes type 2 bestaat uit gezondheidsvoorlichting, vroege opsporing en vermijden van de ernstige complicaties van de aandoening. De risicofactoren voor type 2 diabetes zijn dezelfde als voor een aantal andere belangrijke aandoeningen: gebrek aan beweging, overgewicht, hypertensie,... De bevolking moet permanent voorgelicht worden over het belang van deze factoren.

Personen met een ouder, of een zus of broer met diabetes type 2 lopen een significant verhoogd risico om zelf diabetes te ontwikkelen. Zij zijn in het bijzonder gebaat bij preventie. Dat geldt des te meer voor personen bij wie al eerder een verstoring van het glucosemetabolisme is vastgesteld.

Belangrijk bij diabetes type 2 is vroegtijdige ontdekking van de aandoening. Maar screeningtests zouden op een doordachte manier moeten worden toegepast. Ze moeten een onderdeel blijven van een globaal risicobeleid zoals dat door een huisarts in de eerste lijn wordt toegepast. Screening gebeurt bij mensen die al een toegenomen risico hebben. Dat verhoogt de voorspellende waarde van de test.

Ook moet voorkomen worden dat een patiënt door een negatieve testuitslag gerustgesteld wordt. Hij zou verkeerdelijk de conclusie kunnen trekken dat hij aan de bij hem aanwezige risicofactoren toch niet zoveel aandacht moet schenken. Dat zou een zeer nadelig gevolg zijn van een screeningtest.

Kandidaten voor screening zijn bijvoorbeeld personen met een ouder, broer of zuster die diabetes type 2 heeft, personen met obesitas (BMI > 27 of abdominale obesitas), vrouwen met een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes of die een baby ter wereld brachten met een geboortegewicht boven de 4,5 kg. Screening gebeurt dan het best vanaf de leeftijd van 45 jaar.

Een gebrek aan lichaamsbeweging -zittend leven - of het gebruik van diabetogene farmaca zoals corticosteroiden zijn ook een indicatie. Naast obesitas zijn hypertensie en dyslipidemie van belang. Deze cardiovasculaire risicofactoren zijn niet zelden een manifestatie van het metabole syndroom (syndroom X), waarbij een gestoorde glucosetolerantie een centrale rol speelt.

Op de leeftijd van 65 jaar is de prevalentie van diabetes type 2 zo hoog dat screening steeds verantwoord is, ook bij afwezigheid van een duidelijk risicoprofiel. Screening moet uiteraard steeds gebeuren wanneer iemand symptomen van diabetes vertoont of zich presenteert met mogelijke complicaties van de aandoening.

#### **Expresinformatie**

Screening gebeurt meestal aan de hand van een bepaling van de nuchtere glucosespiegels. Een positieve test moet worden herhaald. Na de diagnose moet het beleid worden aangepast om complicaties op langere termijn te voorkomen of uit te stellen.

#### **Screening**

Voor screening wordt meestal de nuchtere glucosespiegel bepaald. Bij een plasmaconcentratie van 126 mg/dl of meer is de uitslag positief. Een positieve meting moet eerst worden herhaald en bevestigd voordat de diagnose wordt gesteld. Een alternatief voor een bepaling van de nuchtere glucosespiegels is een orale glucosetolerantietest. Deze proef is omslachtiger en duurder dan het bepalen van nuchtere plasmawaarden voor glucose. Hij kan evenwel in twijfelgevallen worden gebruikt om een gestoorde glucosetolerantie op te sporen. Deze kan wijzen op het syndroom X en geldt ook als een ongunstige prognostische factor.

Wanneer de diagnose van diabetes type 2 wordt gesteld verschuift de aandacht in de preventie naar het voorkomen van de complicaties van de aandoening. Het zijn vooral deze complicatie die de kans op overlijden vergroten en die de kwaliteit van het leven van de patiënt aantasten.

#### **Na de diagnose**

Een eerste maatregel is het verbeteren van de hyperglycaemie door het in acht nemen van de dieetrichtlijnen en het instellen van een programma voor lichaams oefeningen. Het is ondoenbaar om in het tijdsbestek van een kwartier of een half uur de theoretische uitgangspunten om te zetten in concrete richtlijnen voor dagelijks gebruik, aangepast aan de situatie van de patiënt. Dat is overigens het werk van een diëtist. Jammer genoeg wordt de consultatie van een diëtist nog niet terugbetaald door het RIZIV

Belangrijk is ook dat tijdig wordt gestart met aangepaste medicatie: orale antidiabetica en/of insuline. De UKPDS heeft duidelijk aangetoond dat het verlagen van de hyperglycaemie, gemeten door bepalingen van HbA1c, het risico van microvasculaire complicaties vermindert. Meer omstrede is het effect op 'eindpunten' als mortaliteit en de prevalentie van hartaandoeningen, maar uit een epidemiologische analyse van de gegevens zou blijken dat

iedere daling van het HbA1c-gehalte de diabetes-gerelateerde mortaliteit vermindert en het risico van myocardinfarct en van lidmaatamputaties significant doet afnemen.

Ook de behandeling van de andere bekende risicofactoren - hypertensie, dyslipidenie, tabaksverslaving - mag niet worden verwaarloosd. Uit de UKPDS bleken ook de gunstige effecten van een strikte bloeddrukcontrole.

Na de diagnose zijn driemaandelijks bepalingen van HbA1c bij type2 patiënten geïndiceerd, evenals een jaarlijks onderzoek van de oogfundus en van de cardiovasculaire status. Creatininebepalingen en opsporen van micro- en macroalbuminurie gebeuren met dezelfde regelmaat om eventuele aantasting van de nieren aan het licht te brengen. Het helpt misschien om patiënten die geen insuline krijgen toch regelmatig zelf bepalingen van hun glucosespiegels te laten verrichten, dit om de therapietrouw te versterken. Gebrekkige compliance is één van de voornaamste oorzaken van onderbehandeling bij diabetes type 2.

Een podoloog kan de patiënt helpen om diabetische voetletsels te voorkomen door een goede voetverzorging en het dragen van aangepast schoeisel. Vooral bij patiënten met sensibele neuropathie en perifeer vaatlijden zijn extra preventieve maatregelen nodig. Het tijdig opsporen door de huisarts van een verminderde distale gevoeligheid <sup>1</sup>, voetdeformaties en eeltvorming die wijst op abnormale drukzones kunnen de patiënt heel wat ellende besparen.

Preventie, opsporing en behandeling van diabetes type 2 maken een onderdeel uit van een globaal risicofactorenbeleid door de huisarts. Een belangrijk aandachtspunt voor de nabije toekomst is de samenwerking met andere beroepsgroepen, vooral in de eerste lijn en met name met diëtisten, podologen en uiteraard thuisverpleegkundigen.

De inhoud van de tekst is gebaseerd op volgende documenten en artikels: Capet F, Debaillie R, Van Oven H: Diabetes. Huidure toestand in België en elementen voor een gezondheidsbeleid. Brussel 1999. Episerie 19. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid <http://www.iph.fgov.be/epidemiomorbidity/NL/MbframNL.htm>.

Nobels E Crombrugge Y Van, Wens J: Een snellere diagnose van diabetes type II verbetert de prognose. Patient Gare 1999; 17 (11):61-69. Scheen Aj, Gaal LF Van, Annernans L: Gezondheidseconomische aspecten van type-2-diabetes. Tijdschrift voor Geneeskunde 1999; 55 (24): 1753-1759 Stratton IM, Adler AI, Neil HA et al: Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000 Aug 12;331(7258):405-12. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-853.

---

<sup>1</sup> Tijdig opsporen van verminderde distale gevoeligheid kan op een eenvoudige manier met behulp van een monofilament. Dat is een draadje in kunststof waarvan het uiteinde tegen de huid wordt gedrukt tot het een boog vormt. Hierdoor kan op het contactpunt een bepaalde druk worden uitgeoefend. Wanneer de patiënt in de voorvoet of tenen een druk van 70 g niet voelt, heeft hij sensibele neuropathie - een belangrijke risicofactor voor diabetische voetwonden. (Met dank aan dr. Frank Nobels voor deze aanvulling.)