

Geen angst meer voor insulinetherapie

Dr. P. Lapy.

Tempo Medical, juni 2003, nummer 246 - pg. 61-62

Zoals men weet wordt insulinetherapie niet alleen voorbehouden voor type-1 - diabetes. Vele artsen staan echter nog terughoudend tegenover het idee om insuline en orale antidiabetica te combineren bij patiënten met type 2 diabetes.

Vele studies hebben het nut van een strikte bloedglucosecontrole bij patiënten met type 2 diabetes aangetoond. Een vroegtijdige agressieve aanpak vermindert significant de incidentie van microvasculaire verwikkelingen en, bij patiënten met coronair lijden, de cardiovasculaire mortaliteit. Daarom raadt de American Diabetes Association aan te streven naar een geglycosyleerd hemoglobinegehalte van minder dan 7 %.

Terughoudendheid...

Maar om een dergelijk HbA1c te bereiken, moet men vaak, naast toediening van orale antidiabetica, insuline injecteren. Type 2 diabetes werd vroeger weliswaar nietinsuline-afhankelijke diabetes genoemd, maar wordt in de meeste gevallen toch gekenmerkt door een progressief verlies van functie van de β -cellen van het pancreas. Binnenkort zal men beschikken over middelen om type 2 diabetes eerder op te sporen, maar op het ogenblik van de diagnose vertoont gemiddeld reeds 50 % van de patiënten een verminderde insulinesecretie. Zes jaar later bedraagt de insulinesecretie nog maar 25 %. Dat verklaart de incidentie van primair en secundair falen van orale antidiabetica.

Door injectie van een snelwerkende insuline of een insuline met intermediaire werkingsduur op het einde van de avond in combinatie met een oraal antidiabeticum kan de bloedglucosecontrole bij vele patiënten met type 2 diabetes gevoelig worden verbeterd. Maar toch starten de patiënten en ook de artsen niet graag een insulinetherapie. D. DeWitt en D. Dugdale (Universiteit van Washington) hebben dat fenomeen proberen te verklaren. Sommige artsen blijken nog steeds bang te zijn voor de kans op hypoglycemie bij toediening van insuline. Ze vinden ook dat de behandelingsschema's complex lijken, dat er onvoldoende duidelijke informatie is over het te volgen beleid en dat het belang van insulinetherapie wordt onderschat. Dat alles vormt een rem op het voorschrijven van insuline bij type 2 diabetes. Nochtans beschikken de Amerikaanse vorsers nu over vele soorten insuline, waarmee een behandelingsschema kan worden uitgewerkt dat sterk lijkt op de fysiologische insulinesecretie en zorgt voor een strikte bloedglucosecontrole zonder verhoogde kans op hypoglycemie. Een illustratie aan de hand van twee klinische casussen.

Een injectie 's avonds om te beginnen

Een 58-jarige man is sinds 8 jaar bekend met type 2 diabetes en wordt behandeld met glyburide 2,5 mg tweemaal per dag. Dankzij die behandeling en een gewichtsverlies van 4,5 kg bedraagt het HbA1c-gehalte 7,8 %. Maar 6 jaar later is het HbA1c gestegen tot 10 % ondanks een verhoging van de dosering tot 10 mg tweemaal per dag.

Dat is een voorbeeld van secundair falen van een oraal antidiabeticum. In een dergelijk geval moet tevens een insulinetherapie worden gestart. Met toediening van één antidiabeticum kan het HbA1c-gehalte gewoonlijk met 1 tot 2 worden verlaagd, maar met een combinatie van twee antidiabetica kan men het HbA1c met 2 % verlagen. Om de streefwaarden te bereiken, moet men dus een insulinetherapie starten. Maar aangezien de patiënt weigert, wordt beslist metformine (1.000 mg tweemaal per dag) toe te voegen, terwijl de dosering van glyburide met de helft wordt verlaagd. Twee jaar later bedraagt het HbA1c 11 %.

Bij patiënten die nog een residuele insulinesecretie hebben, vormt de combinatie van een injectie van insuline isofaan (NPH) of insuline glargine op het einde van de avond om een adequate basisspiegel te verkrijgen en een oraal antidiabeticum om in te werken op de glucosebelasting bij de maaltijden, een uitstekende strategie.

Besluit: het is aangewezen de insulinetherapie te starten met één injectie op het einde van de avond, vooral bij patiënten die er weinig voor voelen om injecties te krijgen.

Minder hypoglycemie

De tweede casus betreft een 68jarige dame afkomstig van de Filipijnen. Ze wordt sinds 4 jaar behandeld met een preparaat van NPH 70 %/gewone insuline 30 % in een dosering van 16 eenheden 's morgens en 12 eenheden 's avonds. De nuchtere bloedglucoseconcentratie bedraagt 120 tot 150 mg/dl, maar de patiënte vertoont regelmatig episoden van hypoglycemie als ze 's middags te laat eet. De nuchtere bloedglucoseconcentratie voor het avondmaal bedraagt 180 tot 240 mg/dl en het HbA1c bedraagt 8,5 %. Het probleem bij deze patiënte is de overlapping van de werking van NPH-insuline en gewone insuline, wat kan leiden tot hypoglycemie op het einde van de ochtend en 's nachts. Het preparaat NPL 75 %/insuline lispro 25 % vormt een uitstekende combinatie voor patiënten die veel koolhydraten eten, zoals deze patiënte, en voor patiënten die gemakkelijk hypoglycemie krijgen voor het middagmaal. NPL-insuline heeft een gelijksoortig werkingsprofiel als NPH-insuline, maar insuline lispro werkt korter dan gewone insuline, wat de kans op hypoglycemie verkleint. Met dat schema daalde het HbA1c bij deze patiënte tot 6,2 % en verminderde tevens de incidentie van hypoglycemie.



Referentie:

D. DeWit et al. Using new insulin strategies in the outpatient treatment of diabetes. JAMA 2003, 17: 2265-2269.