

# Diabetes Informations

## 1988 - 1993

### Inhoud:

Editoriaal van Diabetes Informations, september 1988.....	2
Editoriaal van Diabetes Informations, maart 1989 .....	2
Editoriaal van Diabetes Informations, september 1989.....	2
Editoriaal van Diabetes Informations, maart 1990 .....	3
Note de lecture: Diabetologie pediatric.....	4
Bericht van het instituut voor hygiene en epidemiologie.....	4
Editoriaal van Diabetes Informations, oktober 1990.....	5
Praktisch gezien. - Vaccinatie tegen griep .....	6
Terugbetalingsnieuws .....	8
Het voorschrijven van insuline: belangrijke veranderingen in het vooruitzicht.....	9
Editoriaal van Diabetes Informations, december 1993.....	11
Diabetes Control and Complications Trial.....	12

## **Editoriaal van Diabetes Informations, september 1988**

Geachte Collega,

Diabetes Informations is een nieuw tijdschrift voor huisartsen dat U heden wordt aangeboden dank zij de samenwerking tussen de redactie van de ABD en de BVS.

Reeds geruime tijd rijpte het idee in de respectievelijke redactieraden ook de huisarts meer te betrekken bij de specifieke patiëntgerichte diabetesinformatie. Deze nieuwe halfjaarlijkse BVS/ABD co-editie wil actuele en praktisch wetenschappelijke informatie verschaffen over alle verschillende facetten van diabetes. De snelle evolutie van inzichten in pathogenese der verwickelingen en de therapie vereisen een continue, accurate vorming en bijscholing.

In die optiek wil deze uitgave een compris bieden tussen hoogwetenschappelijke en praktisch bruikbare informatie.

Met de hulp van de industrie konden we de patiënt-gerichte BVS/ABD tijdschriften uitbreiden naar deze halfjaarlijkse voor de arts bestemde uitgave.

Veel leesgenot toegewenst,

Dr. J.C. Daubresse en Dr. L.F. Van Gaal,

## **Editoriaal van Diabetes Informations, maart 1989**

Geachte Collega,

Voor U ligt het tweede nummer van Diabetes Informations, naar wij hopen in een betere Nederlandse versie dan het eerste nummer.

In dit nummer werden 2 artikels bij elkaar gebracht die de geest van dit tijdschrift hopen te weerspiegelen: een artikel met een meer fysiologische bijdrage en een bijdrage met onmiddellijk praktische informatie naar de arts toe.

De aandachtige lezer zal opmerken dat in beide artikels sprake is van het gebruik van het (omega 3) vetzuren en het effect op triglyceriden en VLDL-synthese. Uit beide artikels blijkt een lichte verschillende opinie over het praktisch van deze n-3 vetzuren bij diabetes. Waar een farmacologische dosis van visoliën bij niet diabetici blijkbaar geen problemen stelt in het momenteel niet duidelijk of dezelfde richtlijnen kunnen gelden voor diabetici.

Verdere long-term studies zullen dit moeten uitwijzen. Wij houden U hierover in de toekomst op de hoogte.

Inmiddels wensen wij U veel leesgenot,

Dr. L. Van Gaal en Dr. J.C. Daubresse

## **Editoriaal van Diabetes Informations, september 1989**

Geachte Collega,

Bij deze derde uitgave van Diabetes Informations kunnen wij u met een gerust gemoed zeggen dat wij op snelheid zijn. Zoals reeds het geval was bij de verschijning van beide vorige nummers, hebben wij ook dit keer het theoretisch gedeelte (een artikel door Professor Balasse) verbonden aan een meer praktisch gericht gedeelte (een artikel op punt gesteld door Mevrouw Absolonne).

Wat de praktische kant betreft, hebben wij ons gericht tot Dokter Vandeleen, die de socio-ekonomische problemen van de diabeticus op een rijtje heeft gezet. Deze ziekte is en blijft echter taboe, zowel voor de werkgever als voor de verzekeringsinstellingen. Ons echter baserend op hetgeen aan de gang is in andere Europese landen op dit gebied, zullen de verenigingen BVS en ABD niet nalaten druk uit te oefenen op de betreffende verzekeringsinstellingen, om hen te doen inzien dat diabetes enkel een redelijk en berekenbaar risico inhoudt. Wij hebben onze krachten gebundeld, en samen met de andere Europese instellingen zullen wij slagen. Aan de andere kant zien wij dat er zich op nationaal niveau een politieke bereidwilligheid manifesteert, teneinde de diabeticus te helpen het hoofd te bieden aan zijn ziekte en haar te domineren. Om dit doel te bereiken hebben de BVS en de ABD reeds talrijke initiatieven genomen en de respectievelijke overheidsdiensten gekontakteerd. De terugbetaling van autocontrole gaat in elk geval die richting uit, zelfs als de praktische kant ervan nog steeds problemen oplevert voor de verzorgende instellingen. Onder deze omstandigheden blijkt het ons opportuun om een oppuntstelling hieromtrent naar voren te schuiven in ons volgend nummer, omdat er nog veel te veranderen valt...  
Dokter L. Van Gaal en Dokter J.C. Daubresse

## **Editoriaal van Diabetes Informations, maart 1990**

Geachte Collega,

Voor het eerste nummer Diabetes Informations 1990 werd het stramien van de vorige jaren behouden. Een meer basis gericht artikel wordt U aangeboden samen met een meer klinisch gericht onderwerp.

In dit nummer beschrijft Prof. Dr. Bouillon basisaspecten van 'zwangerschap en diabetes' en zal het meer praktisch gericht thema handelen over het gebruik van de computer bij de dagelijkse diabetes follow-up, behandeld door collega Dr. Reynders.

Artsen worden meer en meer betrokken bij de dagelijkse diabetes controle van de patiënt en het informatica virus dat vele artsen heeft besmet, kan ook hier een belangrijke rol spelen om een vorm van eenvoudige follow-up te bieden.

De moderne toestellen voor diabetes zelfcontrole zijn de laatste jaren door de industrie zo opgevat dat deze toestelletjes over een geheugen beschikken en dat ook de mogelijkheid bestaat de resultaten van een welbepaalde patiënt via een "out-print" in het licht te stellen. Het is inderdaad reeds jaren geleden dat men zich uitsluitend baseerde op de glucosurie als enige controle mogelijkheid. De homeblood glucose monitoring en de daarmee samenhangende evaluatie van het dagboek van de diabeticus vormen een relatief eenvoudige methode voor dagelijkse controle.

Nochtans is het snel en adequaat interpreteren van de hem geboden zelfcontrole resultaten niet zo eenvoudig als het beoordelen van een aan- of afwezige glycosurie; een vlugge inzage van het diabetes dagboek is quasi onmogelijk, reden waarom de momenteel aangeboden computer programma's een belangrijke stap voorwaarts betekenen. Het is vooral dankzij de groep van Albisser (Toronto, Canada) dat het mogelijk werd dat zowel de patiënt op een correcte wijze zijn insuline dosis kan aanpassen, rekening houden met voedingsgedrag en lichaamsbeweging en dat het ook voor de arts mogelijk wordt de door de patiënt uitgevoerde insuline aanpassingen correct op te volgen en te evalueren.

Dr. Reynders licht U in zijn artikel al de details van deze methode toe.

Voor enkele nummers werd een artikel van collega Dr. Van De Leene aangekondigd over de sociale aspecten van diabetes.

De redactie heeft het voorloping opportuun geacht met dit onderwerp nog even te wachten gezien de snelle evolutie op dit gebied.

Wij houden U uiteraard in de toekomst op de hoogte over de te verwachten wijzigingen qua terugbetaling, sociale voorzieningen en tegemoetkomingen voor de diabeet.

Inmiddels wensen wij U veel leesgenot met dit nieuwe nummer van Diabetes Informations.

Dokter J.C. Dauhresse en Dokter L. Van Gaal

### Note de lecture: Diabetologie pediatric

door Paul CZERNICHOW en Harry DORCHY  
Doin Editeur - Parijs

Onze collega Harry DORCHY heeft samen met Paul CZERNICHOW een naslagwerk over pediatrie diabetologie gepubliceerd.

Dit boek werd in het frans geschreven met de medewerking van 36 internationale specialisten en is een lijvig standaardwerk van 671 pagina's geworden.

De verschillende aspecten van insuline-dependente diabetes worden er duidelijk, precies en zeer volledig in behandeld: actuele gegevens over de etiologie (genetica, immunologische factoren, virus) - klinische beschrijving van de aandoening en van de complicaties ervan - behandeling.

In het laatste deel werden de behandelingen van morgen tegemoet gezien.

Dit werk is voortaan een referentieboek voor alle diabetologen.

Wij wensen de auteurs geluk om dat zij dit onmisbaar geactualiseerd werk in een domein dat thans zeer snel evolueert, tot een goed einde hebben gebracht.

*E. Couturier*

### Bericht van het instituut voor hygiene en epidemiologie

#### **Enquête over diabetes mellitus in België**

Eén van de objectieven, op het vlak van de volksgezondheid, van het onderzoek naar diabetes mellitus, is de omvang van het probleem in te schatten. Omdat er geen preciese statistische gegevens over het huidig aantal diabetici in België beschikbaar zijn, is deze eerste stap onontbeerlijk.

Het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (Ministerie van Volksgezondheid) organiseert van april tot juni 1990 een nationale epidemiologische enquête om de prevalentie van diabetes mellitus bij medicamenteus behandelde patiënten te bepalen. Deze prevalentie zal berekend worden a.d.h.v. het jaarlijks verkoopcijfer van insuline en orale anti-diabetica. Deze cijfers zullen vergeleken worden met de gemiddelde ingenomen dosis door de patiënt. Dit wordt gerealiseerd door een honderdtal apotheken te contacteren, die aan de patiënt een anonieme vragenlijst overhandigen.

Dit onderzoek - het eerste op nationaal niveau - heeft plaats in het kader van het Europese project "EURODIAB".

*De Voorzorgskas der Geneesheren (V.K.G.) deelt ons volgende inlichtingen mee, daterend van 7 februari 1990. Onze collega's diabetici die meer inlichtingen wensen, dienen zich te richten tot V.K.G., Jamblinne de Meuxplein 4, 1040 Brussel - tel. : 02/735.91.80.*

Geachte collega,

Het staat thans duidelijk vast dat patiënten met een slecht geregelde diabetes mellitus op lange termijn blootstaan aan chronische invaliderende verwickelingen (atheromatose, retinopathie, nefropathie, neuropathie, enz.). De commerciële verzekeringsmaatschappijen passen bijgevolg hun tarieven aan, of schrappen zelfs gewoonweg dit risico uit hun contracten.

Bewust van haar bijzondere, sociale taak ten overstaan van de beoefenaars van de geneeskunde, heeft de V. K. G. daarentegen het volgende beslist. Vanaf 1 januari 1990 zou zij het recht toekennen aan collega's diabetici om zich aan te sluiten bij het stelsel van gewaarborgd inkomen (met de dagelijkse uitkeringen en de fictieve bijdragen in geval van blijvende arbeidsongeschiktheid).

Om van deze voordelen te genieten, zal de aangesloten diabeticus moeten bewijzen dat hij zo goed mogelijk bijdraagt tot de goede metabolische regulatie van zijn aandoening. Hij zal dit bij de eerste aanvraag van de V.K.G. dienen te bewijzen door het voorleggen van een goed bijgehouden medisch dossier dat de volgende elementen bevat :

- ◆ de dagelijkse gegevens betreffende de zelfcontrole op bloed en/of urinemonsters en de toegepaste behandeling;
- ◆ èèn bepaling van HbA1c per trimester;
- ◆ èèn oogfundusonderzoek per jaar;
- ◆ een jaarlijkse bepaling van de micro-albuminurie en de creatinineklaring;
- èèn bepaling per trimester van de cholesterolemie en de triglyceridemie.

Het art. 67, paragraaf 2 van de code voor medische deontologie laat de onderzoekende artsen toe hun medische verslagen aan de contractant toe te vertrouwen opdat zij het bovenvermelde medisch dossier zouden samenstellen en bijhouden. In geval van aanvraag tot tussenkomst zal de Medische Commissie de geldigheid van de voorgestelde elementen om de follow-up van de diabetes te documenteren, evalueren.

## **Editoriaal van Diabetes Informations, oktober 1990**

Geachte Collega,

In het najaarsnummer Diabetes Informations wordt ditmaal slechts één basisartikel opgenomen, namelijk dit van collega Dr. P. Van Crombrugge. Zelf monitoring en de actueel beschikbare methoden hiervoor komen uitvoerig aan bod.

Naast insuline therapie, voeding en lichaamsbeweging, kan zelfmonitoring in de moderne diabetologie als één van de hoekstenen worden beschouwd, waarop een goede diabetesbehandeling berust. Goed uitgevoerde zelfmonitoring -dus met degelijk en betrouwbaar materiaal- moet immers de basis vormen voor "selfcare", een aspect dat in onze hedendaagse levensstijl met snel wisselende behoeften aan energie vrijstelling -en opname quasi een sine-qua-non is geworden voor het bereiken van een dagdagelijkse aanvaardbare metabole controle.

Het overige deel van dit nummer wordt besteed aan een aantal praktische aspecten i.v.m. diabetes-care, waaronder toelichtingen bij de recente sociale maatregelen (terugbetaling insuline spuiten) en aanpassingen in het insuline gamma op de Belgische markt. In het najaar 1991 worden nog meer

wijzigingen verwacht voor de diabeet en zijn behandelende arts; hierover echter meer in een afzonderlijk extra nummer van Diabetes Informations.

Veel leesgenot.

J.C. Daubresse en L.F. Van Gaal

## Praktisch gezien. - Vaccinatie tegen griep

### *Praktisch gezien*

In het Vlaamse Gewest past de griepvaccinatie in een ruim preventiekader.

Momenteel wordt er sterk de nadruk gelegd op de preventieve functie van de huisarts. En dit in algemene zin, d.w.z. zowel wat betreft vroegtijdige opsporing (bvb kanker, diabetes) als wat betreft gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (bvb cardiovasculaire ziekten...) als de primaire preventie, waaronder de griepvaccinatie.

Dit algemeen preventief kader wordt gebruikt om de huisarts naar de bevolking (en naar zichzelf) toe te profileren als preventiearts. Het voornaamste vehikel kalender waarop de preventiekaart, een soort individuele kalender waarop de verschillende zinvolle preventieve maatregelen en ook griepvaccinatie figuren naar leeftijd. Ook de inhoudelijke achtergrond hiervan, het standaardwerk "algemene preventie in de huisartsenpraktijk" werd eind juli aan alle huisartsen bezorgd.

Konkreet biedt dit de mogelijkheid aan de huisarts om

1/ een overzicht te krijgen van het risicoprofiel en van de screeningsstatus van zijn patiënten.

2/ actief op te treden als "gezondheidsambassadeur" en "gezondheidsbewaker" voor zijn patiënten (zonder hun eigen verantwoordelijkheid daarvoor aan te tasten).

Griepvaccinatie is hier een aktueel thema uit. Deze preventieve maatregel krijgt op deze manier enerzijds het herkenbaar kader van de algemene preventie mee, en kan anderzijds in de konsultatie een ingangspoort vormen naar de andere topics, waarvoor preventie zinvol is.

### *Vaccinatie tegen griep*

Vaccinatie tegen griep heeft tot doel de ernstige complicaties van deze in normale omstandigheden goedaardige ziekte bij risicopersonen te verminderen.

Griep is bij het grootste deel van de bevolking een goedaardige ziekte. Griepepidemieën veroorzaken echter talrijke complicaties en een hogere mortaliteit bij risicopersonen. Deze verhoogde mortaliteit bij griep is niet alleen te wijten aan pneumonieën, maar ook aan chronische hart- en longziekten en een andere chronische aandoeningen (diabetes, nieraandoeningen, enz.) die door de griep worden verergerd. Voor personen met deze aandoeningen is griep een gevreesde ziekte.

### **Het vaccin tegen griep**

Het vaccin is het belangrijkste wapen in de strijd tegen griep. Het is geen absoluut wapen, maar toch een zeer nuttig wapen.

Doorgaans wordt aangenomen dat het vaccin in 70 % van de gevallen bescherming biedt.

Indien griep echter ontstaat bij een gevaccineerde persoon, is ze gewoonlijk minder ernstig en van kortere duur. Bovendien verlaagt vaccinatie steeds de frequentie van hospitalisatie en de mortaliteit. Gezien de variabiliteit van het griepvirus en aagezien de doeltreffendheid van het vaccin beperkt is tot enkele maanden, moet de vaccinatie jaarlijks worden herhaald.

### **Het vaccin heeft zeer weinig bijwerkingen:**

- ♦ het bevat gedode virussen en kan dus geen griep veroorzaken
- ♦ het kan gedurende enkele dagen wat pijn op de plaats van injectie veroorzaken
- ♦ het veroorzaakt soms enkele algemene symptomen die gelijken op deze van griep, maar die minder uitgesproken zijn : hoofdpijn, spierpijn, kots
- ♦ na de vaccinatieperiode van 1976 is er een neurologisch syndroom (Guillain - Barré) ontstaan, maar met de sedertdien gebruikte virusstammen werden geen gevallen van het syndroom meer beschreven. De ernstige complicaties van griep bij hoogrisicopersonen komen veel frequenter voor dan ernstige complicaties van het vaccin.

Bij risicokinderen kan het griepvaccin samen met de andere pediatrische vaccins worden toegediend (maar op een andere plaats).

Het vaccin mag aan zwangere vrouwen worden toegediend indien zij behoren tot een risicogroep voor complicaties van griep.

### **Welke zijn de contra-indicaties van het vaccin ?**

Het vaccin is tegenaangewezen bij personen die allergisch zijn voor eieren en bij personen bij wie vorige vaccinaties een ernstige reactie hebben teweeggebracht.

### **Wie moet worden gevaccineerd ?**

De vaccinatie wordt aanbevolen bij personen met een hoog risico op infectie en complicaties. Het betreft vooral personen met een ernstige chronische hart- of longaandoening, personen van 65 jaar en ouder, en personen die in een rusthuis of een verzorgingsinstelling verblijven. De vaccinatie is eveneens aanbevolen voor personen met een chronische aandoening die predisponert tot complicaties : diabetes (vooral insuline-afhankelijke diabetes) en andere metabole ziekten, kanker, immunodeficiënties, nierlijden en anemie.

Sinds de winter van 1989 wordt het griepvaccin door het RIZIV gedeeltelijk terugbetaald in categorie Csx: het vaccin wordt dus voor 40% terugbetaald voor personen ouder dan 65 jaar ( hetzij ongeveer 210 BF ten laste van de patiënt). Om in aanmerking te komen voor deze terugbetaling volstaat het dat de arts de leeftijd van de patiënt op het voorschrift schrijft. Het Fonds voor Beroepsziekten komt eveneens tussen in de kostprijs van het vaccin bij alle patiënten met professionele respiratoire aandoeningen na voorafgaand akkoord van de adviserend-geneesheer van het Fonds voor Beroepsziekten.

### **Wanneer moet worden gevaccineerd ?**

Aanbevolen wordt het vaccin het best in de maanden oktober-november toe te dienen. Gewoonlijk volstaat één injectie. Bij kinderen die voordien nooit werden gevaccineerd, worden twee injecties (de helft van de dosis bij volwassenen) met een interval van één maand aanbevolen.

### **Welke rol speelt de behandelende arts ?**

Sommige bronnen vermelden dat één persoon op vijf in België een risico zou lopen op complicaties ten gevolge van griep. De enige preventie van deze ziekte is vaccinatie. De vrees voor bijwerkingen, de twijfels over de doeltreffendheid van het vaccin en de kostprijs ervan zijn redenen die worden aangehaald om niet te vaccineren.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat talrijke patiënten met een chronische aandoening en een hoog risico op complicaties ten gevolge van griep denken dat zij toch beschermd zijn tegen griep. Bovendien voelen zij zich te zwak om zich te laten vaccineren.

De behandelende arts vervult hier een zeer belangrijke rol : hij moet het publiek beter inlichten over het griepvaccin. Hij moet er de patiënten ook op wijzen dat het anti-influenza-vaccin geen bescherming biedt tegen verkoudheid en andere griepachtige aandoeningen die veroorzaakt worden door andere virussen dan het influenza-virus. Het vaccin beschermt enkel tegen de “echte” griep. Maar precies deze griep is gevaarlijk voor risicopersonen.

## Terugbetalingsnieuws

*Dr. Raoul Rottiers*

### ***Terugbetaling injectiemateriaal***

Het eerste K.B. dd. 12.03.1990 bepaalt dat een tussenkomst wordt voorzien vanwege de verplichte ziekte -en invaliditeitsverzekering in de kosten van de steriele insulinespuiten mits:

- ♦ de steriele insulinespuiten door de geneesheer worden vermeld op een voorschrift waarop insuline wordt voorgeschreven;
- ♦ de steriele insulinespuiten worden afgeleverd aan een niet-gehospitaliseerde diabeet door een apotheker met een voor het publiek open officina of door een geneesheer die gemachtigd is een geneesmiddelen depot te houden.

De maximum hoeveelheid spuiten die per voorschrift kunnen vergoed worden is beperkt tot dertig. Als zij voorkomen op hernieuwingsbons komen zij niet in aanmerking voor tegemoetkoming.

Dit K.B. wordt aangevuld met een Ministerieel Besluit, dd. 20.03.1990, ondertekend door de Minister van Sociale Zaken, de Heer Ph. Busquin. Het luidt als volgt:

“De tegemoetkoming van de verplichten ziekte -en invaliditeitsverzekering in de kosten van de steriele insulinespuiten die worden voorgeschreven en afgeleverd tegen de voorwaarden die beoogd worden door het koninklijk besluit van 12 maart 1990 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte -en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van steriele insulinespuiten is vastgesteld op 50 pct. van de in het Officieel farmaceutisch tarief ingeschreven prijs.

Dit besluit treedt in werking op 1 april 1990.

### **Wat betekent dit alles heel precies?**

Vanaf 1 april 1990 worden insulinewegwerp spuitjes voor 50% -op de officiële apothekerprijzen- terigbetaald door het ziekenfonds, op voorwaarde

- ♦ dat zij worden voorgeschreven door een geneesheer, op hetzelfde voorschriftbriefje waarmee insulineflacons worden voorgeschreven;
- ♦ dat per voorschriftbriefje maximum 30 insulinespuitjes worden afgeleverd door een officina-apotheker - dus niet een hospitaalapotheker - aan een diabeet die niet in een ziekenhuis is opgenomen.

In de praktijk komt die hierop neer dat U -afhankelijk van de grootte en het merk van uw insulinespuit, en van uw voorkeur voor een spuit met vaste of losse naald -bij de apotheker tussen 4 en 5,5 BF -per spuit zal betalen.

Let wel!

Worden dus niet terugbetaald : glazen insulinespuiten, en de afzonderlijke steriele naaldjes voor zgn. Insulinesystemen.

Voortaan is het belangrijk dat elke diabeet goed weet hoeveel flesjes insuline -eventueel van twee soorten- en hoeveel steriele insulinespuitjes hij bij elk controlebezoek aan zijn behandelende arts moet vragen opdat deze correcte voorschriften zou kunnen opstellen. Op die manier kan men

vermijden ofwel te veel insulinesflesjes in zijn bezit te krijgen -wat een verspilling is- ofwel te weinig insulinespuitjes in vooraard te hebben wat uiteraard even weinig wenselijk is. Evenzeer kan men op die manier vermijden te vaak en eigenlijk nodeloos een voorschrift te moeten afhalen bij zijn geneesheer<. Het is daarbij goed te weten dat momenteel per voorschrift 1 tot max. 5 flesjes insuline -van één of meerdere soorten (bv. snelle en trage)-mogen worden voorgeschreven.

### **Verkoop van insulinespuiten door BVS**

Eén van de doelstellingen van BVS en ABD, nl de opneming van de insulineinjectiespuit in het ziekenfondspakket, lijkt dus daadwerkelijk gerealiseerd.

Op de grond van deze gegevens heeft de BVS beslist de verkoop van insuline-(wegwerp) spuiten te stoppen. Vanaf 1 januari 1991 zullen geen insuline-(wegwerp) spuiten meer worden verkocht via de BVS, noch nationaal, noch langs de plaatselijke afdelingen.

Er blijft (voorlopig) één enkele uitzondering bestaan. Vermits de steriele naaldjes van de zgn. insuline-pensystemen niet in de nieuwe wetgeving zijn opgenomen, en dus niet voor terugbetaling in aanmerking komen, wil de BVS deze "pen-naaldjes" verder het huidige gunstig tarief. Dit geldt uiteraard slechts tot ook deze naaldjes in het ziekenfondspakket worden opgenomen.

### ***Terugbetaling humane insuline***

Een tweede koninklijk besluit, eveneens dd. 12.03.1990, en in hetzelfde nummer van het Staatblad verschenen, regelt de terugbetaling van de menselijke insulines. Volgens dit koninklijk besluit gaat maatregel in vanaf 1 april 1990. In de praktijk betekent dit dat vanaf die datum geen speciale aanvraagformulieren meer moeten worden ingevuld door de specialist-internist of kinderarts, en dat menselijke insuline niet verder wordt voorbehouden voor bepaalde categorieën van diabeten, zoals kinderen, zwangeren, enz. Elke arts mag voortaan aan elke diabeet menselijke insuline voorschrijven. Uiteraard betekent dit niet dat dit meteen wenselijk of nodig is voor alle diabetici die nu nog uitstekend behandeld worden met dierlijke insuline. De behandelende geneesheer is het best geplaatst om daaromtrent advies te verschaffen.

Over verdere wijzigingen qua tussenkomst voor controlemateriaal wordt U uiteraard op de hoogte gehouden.

### **Het voorschrijven van insuline: belangrijke veranderingen in het vooruitzicht.**

*Dr. J.C. Daubresse (Charleroi)*

Diegenen onder u - en u zijt zeer talrijk - die het Tijdschrift van de Belgische Vereniging voor Suikerzieken (BVS) lezen, weten reeds dat er eind 1990 belangrijke veranderingen op til zijn met betrekking tot het voorschrijven van insulines. Veel collega's maakten hun beklag over het enorme aanbod van insulines op de Belgische markt. Men kan hier in herinnering brengen dat er in ons land 82 preparaten geregistreerd zijn ! De patiënt en soms ook de arts verwarren de benamingen en de apotheker heeft enorme moeilijkheden om zijn voorraden precies aan te leggen. Anderzijds werden sommige insulinepreparaten gelijktijdig en volgens nagenoeg dezelfde technologie geproduceerd door 2 of 3 fainiaceutische laboratoria. Dit maakt deel uit van het spel van de vrije markteconomie, en de gezonde concurrentie tussen de "groten" van de insulinemarkt is een belangrijk element geweest om produkten van een uitstekende biologische en immunologische kwaliteit te leveren.

Sedert de ontdekking in de jaren 20 werd insuline geëxtraheerd uit het pancreas van varkens en runderen. Dit is een zeer complexe industriële methode die aan het einde van de bereiding de scheiding

van onzuiverheden vereist. Aan het einde van de jaren 70 werden wij door middel van elektroforese gezuiverde insulinepreparaten ter beschikking gesteld : monocomponent insulines (MC) en "rare immunogenic" (zelden immunogene) insulines (RI). De ontwikkeling van synthetische technieken op basis van genetic engineering betekende een stimulans voor de farmaceutische laboratoria die methoden ontwikkelden voor Escherichia coli (ELI LILLY), of van gisten (NOVO-NORDISK).

Onder deze omstandigheden werden naast sommige varkensinsulines ook humane homologe insulinepreparaten geïntroduceerd.

Op de vooravond van de grote Europese markt zijn de meeste laboratoria zich aan het hergroeperen en de recente fusie tussen NOVO en NORDISK zal uitlopen op een herstructurering. Deze moet logischerwijze uitmonden in een rationalisatie van het gamma van de produkten, want er bestaan heel wat overbodige "tweelingprodukten". Bovendien dwingen de farmaceutische laboratoria ons vanaf eind 1990 tot overschakeling op humane insulinepreparaten voor een groot deel van het bestaande gamma.

Terloops merken wij op dat België iets achterop liep in vergelijking met de andere Europese landen wat het voorschrijven van humane insulinepreparaten betreft (tabel 1).

Voor de Amerikaanse onderneming LILLY zullen er zich nauwelijks problemen stellen omdat al hun produkten die voor de Belgische markt geregistreerd zijn, door middel van de genetic engineering technologie gesynthetiseerd worden.

Wij zullen het hier niet hebben over insulines van Duitse en Nederlandse oorsprong, die slechts zeer klein deel van onze markt innemen.

De te verwachten problemen betreffen de insulinepreparaten die door NOVO en NORDISK gecommmercialiseerd worden. In samenwerking met diabetologen en leden van de verenigingen voor diabetespatiënten (BVS en ABD) heeft NOVO-NORDISK een informatiecampagne opgezet voor artsen en apothekers. Zonder in detail te treden zouden wij de nadruk willen leggen op de volgende punten :

1. De overschakeling naar humane insulinepreparaten verloopt in principe zonder problemen en zonder wijziging van de dosis. Alles verloopt bijgevolg zeer gemakkelijk voor insulinepreparaten die een "humaan equivalent" hebben (tabel 2).
2. Er zijn vier insulinepreparaten die geen "humane equivalent" hebben. De "Lente" en de "Ultralente" insulinevormen zullen nog een bepaalde tijd beschikbaar zijn terwijl de "Rapitard" en "Semilente" preparaten zullen verdwijnen; deze moeten vervangen worden door insulinepreparaten met een relatief analoge werkingsduur. Uw behandelende arts zal u raad geven, eventueel na advies van de diabetoloog.
3. Om de zaken nog wat ingewikkelder te maken, moet hieraan toegevoegd worden dat enkele insulinepreparaten van naam zullen veranderen (tabel 4).

Het blijkt bijgevolg logisch zo snel mogelijk over te schakelen op equivalente humane insulinepreparaten aangezien geen administratieve formaliteiten meer te vervullen zijn om deze te verkrijgen.

Patiënten die lid zijn van de BVS, zijn reeds op de hoogte van de wijzigingen op het einde van het jaar. Wat de anderen betreft, hebben wij ruim de tijd om hen te waarschuwen zodat de overschakeling naar humane insuline vlot zal verlopen.

**Tabel 1: Het voorschrijven van humane insuline in Europa**

<i>Land</i>	<i>% van de totale markt</i>
België	23
Frankrijk	57
Groot-Brittannië	81
Ierland	100
Denemarken	100
Noorwegen	100
Zweden	100

**Tabel 2: Het voorschrijven van insulines die een “humane equivalent” hebben.**

Augustus 1990	December 1990
Actrapid MC	Actrapid HM
Monotard MC	Monotard HM
Mixtard RI	Mixtard 30/70 HM
Insulatard RI	Insulatard HM
Initard RI	Initard HM

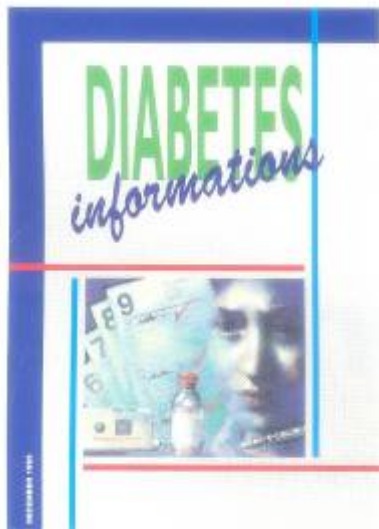
**Tabel 3: Het voorschrijven van insulines die geen “humane equivalent” hebben**

Augustus 1990	December 1990
Lente MC	Lente MC
Ultralente MC	Ultralente MC
Rapitard MC	Individuele evaluatie
Semilente MC	Individuele evaluatie

**Tabel 4: Insulinepreparaten die van naam zullen veranderen**

Augustus 1990	September 1990
Velosuline RI en Humanum	Actrapid HM
Protaphane HM	Insulatard HM
Actraphane HM	Mixtard 30/70 HM

## Editoriaal van Diabetes Informations, december 1993



Geachte Collega,

Na een onderbreking van bijna 2 jaar bieden wij U hiermee de nieuwe versie aan van het tijdschrift 'Diabetes Informations'. Voor het eerst gestart in 1988 beoogt dit tijdschrift actuele informatie te brengen rond diabetes mellitus voor de huisarts en de specialist. De huisarts, de algemene internist, de gynecoloog en andere collegae mee betrekken bij de specifieke patiënt gerichte diabetesinformatie is geen nieuw idee en wint de laatste jaren meer en meer aan belang. Dit tijdschrift wordt U zoals voordien aangeboden dankzij de samenwerking tussen de redactie van de V.D.V. (Vlaamse Diabetes Vereniging) en de A.B.D. (l'Association Beige du Diabète).

In tegenstelling tot de vorige uitgave probeert deze halfjaarlijkse editie actuele en praktisch wetenschappelijke informatie te

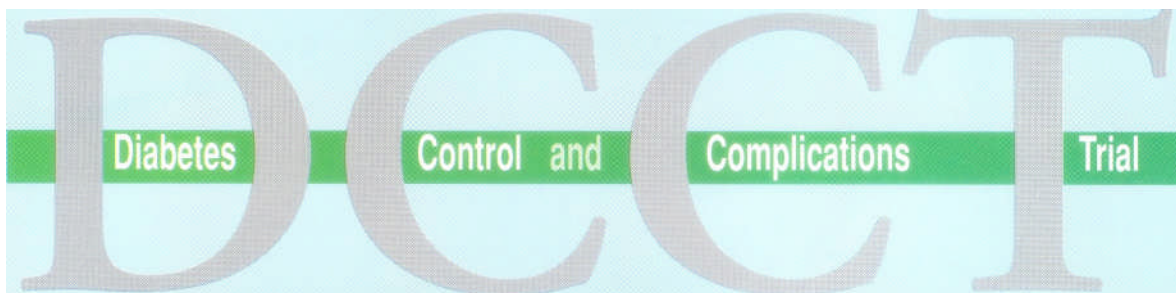
verschaffen over de verschillende facetten van diabetes, gebundeld via themanummers. Dit eerste nummer van Diabetes Informations "new look" handelt over de pathogenese en behandeling van type 2 diabetes. In de volgende themanummers komen de insuline afhankelijke type 1 diabetes, diabetes en zwangerschap, hypertensie, verwikkelingen en andere aspecten van diabetes aan bod. Dat diabetes en onze respectievelijke diabetesverenigingen duidelijk in de lift zitten wordt bewezen door een aantal activiteiten die het voorbije jaar 1993 kenmerken. De A.B.D. vierde haar 50ste verjaardag en de B.V.S. kende een belangrijke structuur- en naamsverandering tot Vlaamse Diabetes Vereniging.

Ook de inspanningen die dit jaar op nationaal gebied werden geleverd rond de St. Vincent Verklaring, een intensieverklaring over diabetes, tonen aan dat de interesse voor diabetes ook buiten onze professionele wereld groot is.

De St. Vincent verklaring, waarover U meer kan lezen in dit nummer is het resultaat van een vergadering die in 1989 gehouden werd in St. Vincent (Italië) en waarop niet alleen vertegenwoordigers van de nationale diabetesverenigingen, maar ook vertegenwoordigers van Europese regeringen samenkwamen om na te denken over de mogelijke verbeteringen die in de toekomst konden worden verwezenlijkt op het gebied van diabeteszorg en -behandeling in Europa. In dit kader organiseerden V.D.V. en A.B.D. een nationaal symposium in november II. met de aanwezigheid van tal van vertegenwoordigers van de wetenschappelijke wereld en ministeriële kringen. De timing van dit initiatief kon niet optimaler; juist op dat ogenblik werd via enkele publicaties in leidinggevende tijdschriften aangetoond dat mits perfecte diabetes-controle, hoofdzakelijk via een multidisciplinaire aanpak, diabetes-verwikkelingen tot meer dan 50% kunnen worden gereduceerd of voorkomen. De belangrijkste studie uit deze recente reeks is de DCCT-studie, waarover U ook reeds kan lezen in dit nummer.

Informatie over en rond diabetes vormt voor iedereen dan ook de hoeksteen voor het nastreven van resultaten zoals ze in de DCCT-studie en andere Europese studies konden worden bereikt. Met dit nieuwe nummer van 'Diabetes Informations' in een nieuwe stijl hopen we nog meer gericht bij te dragen tot de wetenschappelijke berichtgeving rondom diabetes. Rond de komende feestdagen wensen zowel de redacties van V.D.V. als A.B.D. U veel leesgenot en een voorspoedig en heilzaam 1994.

*Dr. Jean-Claude Daubresse, A. B. D. -redactie en Prof. Dr. Luc Van Gaal, V. D. V. -redactie*



### Diabetes Control and Complications Trial

Reeds ruim vijftien jaar streven Europese artsen naar een optimale diabetes controle bij hun IDDM patiënten. Via intensieve insulinetherapie en zelfcontrole kon reeds worden aangetoond dat quasi normalisatie van de glycemieparameters aanleiding gaf tot het beperken van diabetes-verwikkelingen. Nadat voorheen reeds door Europese studies het nut van normoglycemie was aangetoond, verscheen in één van de meest recente nummers van de New England Journal of Medicine de belangwekkende DCCT-studie. Deze studie, gekend onder de naam "Diabetes Control and Complications Trial", rapporteert de resultaten van een belangrijke Amerikaanse studie

over het gebruik van intensieve insulinetherapie, zelfcontrole en strikte follow-up over een periode van 9 jaar (gemiddeld 6,5 jaar) bij een groep van 1441 type 1-insuline-afhankelijke diabetici.

In tegenstelling tot de traditionele insulinetherapie leidt het gebruik van intensieve insulinetherapie (minstens 3 tot 4 insuline injecties met insulinepenen of een draagbare insulinepomp) tot een verminderd risico van retinopathie met 76% en een vertraagde progressie van bestaande oogletsels bij reeds aangetaste personen met 54%. Bovendien vermindert het risico van beginnende nefropathie van 35 tot 56% en neemt de frequentie van klinische neuropathie af met 60%. Deze gunstige eindpunten werden gerealiseerd tegelijk met het bereiken van perfecte waarden voor geglycosyleerd hemoglobine HbA1c (rond  $\pm$  7%).

De resultaten van deze DCCT-studie moeten niet alleen aanzetten tot een meer doeltreffende behandeling van de insuline-afhankelijke diabetespatiënt, ook de NIDDM-patiënt kan qua preventie van micro- en macro-angiopathische complicaties profiteren van een optimale diabetes-zorg, behandeling en follow-up.

Meer informatie over deze belangwekkende studie in het volgende nummer van Diabetes Informations.