

ver voeren van het onderwerp van vandaag: „Neurologische aspecten van de hernia nuclei pulposi” en ons brengen op het pad van: „Aspecten van de hernia nuclei pulposi voor de neuroloog”. Dit ligt niet in de bedoeling. Wel kunnen wij uit een en ander destilleren dat hoe statisch en mechanisch de eeuwenoude methodische leer van de discopathie ook moge zijn, het dynamische zenuwstelsel gelukkig voor wat variatie en afwisseling zorgt.

Wanneer de neuroloog absoluut zeker wil zijn van de diagnose en/of precies wil weten waar de hernia zit (L4-L5, L5-S1?) of hoeveel hernia's in het spel zijn, zal hij zijn toevlucht tot canalografie of saccografie nemen. Daarna zal hij zich afvragen of de klinische waarnemingen overeenstemmen met de radiologische bevindingen en welke

de consequenties van de diagnostiek voor de therapie zijn.

Een hernia op een ander lumbaal niveau (L2-L3, L3-L4) heeft een weer iets gewijzigde problematiek, deze moet van gynaecologische en urologische aandoeningen worden gedifferentieerd.

Een (acute) slappe verlamming van beide benen kan door druk van een lumbale hernia op de arteria radicularis magna van Adamkiewicz worden veroorzaakt.

Het is nog te weinig bekend dat een in de mediaanlijn gelegen lumbale discusprolaps het werfelkanaal kan vernauwen en dat een dergelijke prolaps intermitterende klachten kan geven bij staan en lopen.

Een kopie van de lijst der geraadpleegde literatuur is op aanvraag bij het redactiesecretariaat te verkrijgen.

De diabetescontrole bij bejaarde patiënten in de huisartspraktijk

DOOR DR. A. FULDAUER, HUISARTS EN A. J. TE RIJDT, INTERNIST, BEIDEN TE HENGELLO (O)

De laatste jaren zijn enkele publikaties verschenen over de ouderdomsdiabetes. Volgens het rapport van de World Health Organization maakt men een indeling in leeftijden; wanneer de diabetes na het 65ste jaar manifest wordt, spreekt men van ouderdomsdiabetes.

De Moor schrijft: „De ouderdomsdiabetes is gemakkelijk te regelen, vaak uitsluitend met dieet, de patiënten zijn meestal adipeus en hebben geen neiging tot acidose”. Hiermede lijkt de karakterisering van de ouderdomsdiabetes wat snel afgedaan. De uitspraak wekt ook de indruk dat een en ander nogal meevalt bij bejaarden.

Schouten wijst erop, dat bij bejaarden diabetes veel vaker voorkomt dan men denkt. Het urine-onderzoek op glucose en de bepaling van nuchtere bloedsuikerwaarden zonder meer, zullen vaak de diagnose doen missen. Dit is een belangrijke uitspraak, die ook haar consequenties heeft voor de controle van ouderdomsdiabetici.

Gerbrandy stelt dat, wanneer de diagnose diabetes eenmaal is gemaakt, men de patiënt zeer wel kan behandelen op geleide van de glucoseuitscheiding in de urine, gesteld dat de suikerziekte niet al te ernstig is en de nierfunctie normaal is. Dit impliceert dat bij een diabetespatiënt ook de nierfunctie moet worden bepaald.

Bij bejaarden is de nierfunctie vaak enigszins gestoord zonder dat dit direct tot uiting komt in pathologische laboratoriumbevindingen zoals een positieve albuminurie. Het is trouwens toch de vraag welke waarden men op hogere leeftijd als normaal en welke men als pathologisch moet beschouwen. Het probleem bij het ouder worden is dat vele functies verminderen, de activiteiten zijn

Samenvatting. De verhoogde niere drempel bij bejaarden maakt in een aantal gevallen het urine-onderzoek op glucosurie onbetrouwbaar. In het artikel wordt gewezen op de noodzaak naast een controle van de urine op glucose bij bejaarde diabetici ook een regelmatige controle van de bloedsuikerwaarden te laten verrichten.

anders gericht, terwijl vele bejaarden verschillende aandoeningen of afwijkingen hebben die de bepaling van een norm kunnen beïnvloeden en bemoeilijken.

Schouten stelt voor om van ouderdomsdiabetes te spreken wanneer de hoogst bereikte waarde bij de bepaling van een glucosebelastingscurve boven 220 mgprocent ligt, derhalve 40 mgprocent hoger is dan bij jongeren. Juist bij de aan diabetes lijdende ouderen manifesteert zich een verandering — zo men wil stoornis — in de nierfunctie. Herhaalde malen komt men bij gelijktijdige controle van glucose in urine en bloed bij bejaarden tot de ontdekking dat er een discrepantie bestaat tussen de gevonden waarden.

Agate wijst erop dat vaak pas later op de dag glucose in de urine verschijnt. De niere drempel kan zodanig zijn verhoogd dat er een hyperglykemie kan zijn zonder duidelijke glucosurie. Het is daarom mogelijk dat men bij een bejaarde man of vrouw geen of slechts een geringe hoeveelheid glucose in de 24-uurs urine vindt, terwijl er toch een pathologische hoeveelheid glucose in het bloed is.

Diabetes mellitus bij bejaarden kan derhalve

Tabel 1. Vergelijking creatinine- en glucosewaarden.

Naam	Geslacht	Leeftijd	Creatinine- gehalte in serum (mg procent)	Glucosegehalte in bloed (mg procent)			Glucose in 24-uurs urine. Volume 1000 tot 1500 ml
				8.30 uur	12.30 uur	16.30 uur	
A-M.v.d. B N-L.	Vrouw	84 jaar	0,55	214	268	257	Negatief
N-L.	Vrouw	80 jaar	0,95	301	307	312	Negatief
N-O.	Vrouw	77 jaar	0,95	264	242	283	Negatief
H-Sch.	Vrouw	79 jaar	0,65	296	270	218	Negatief

niet altijd als goed gereguleerd worden beschouwd wanneer de glucose-uitscheiding in de urine negatief is bij een normaal creatininegehalte van het bloed. Hierbij gaan wij dan van de volgende gegevens uit:

- 1 Onder goede regulatie verstaan wij bloedglucosewaarden lager dan 220 mgprocent over de dag bepaald.
- 2 Aangezien de nierdrempel voor glucose is gecorreleerd met de glomerulusfiltratie, zou men kunnen verwachten dat wanneer het creatininegehalte in het serum normaal is, de nierdrempel voor glucose ook normaal zal zijn. Dit blijkt in de praktijk niet altijd zo te zijn. Uit tabel 1 moge dit duidelijk worden.

Bij de beoordeling van het creatininegehalte van het serum is uitgegaan van het feit dat de hoogte hiervan afhankelijk is van de spiermassa van het individu en niet, zoals nog te vaak wordt gehoord, dat een creatininegehalte normaal is wanneer het minder is dan 1,2 mgprocent. Dit moge duidelijk worden uit het volgende voorbeeld.

Patiënte T-G, 63 jaar. Wegens gangreen van de voeten moesten beide benen boven het niveau van de knie worden geamputeerd. Serumcreatininegehalte 1,1 mg procent, bloedglucosewaarden over de dag: 319-347-314 mg procent. Bij deze patiënte werd, in tegenstelling tot de in de tabel vermelde patiënten, de glomerulusfiltratie, gemeten aan het serumcreatininegehalte, niet normaal geacht zodat in dit geval wel het door Gerbrandy gestelde van toepassing is.

Onze conclusie is dan ook dat ideaal beschouwd, bij bejaarde patiënten ook bij een normaal serumcreatininegehalte, de nierdrempel voor glucose ongeveer bekend moet zijn voordat regulatie op glucose-uitscheiding alleen mogelijk is.

De diabetes bij bejaarden manifesteert zich veel minder vaak dan bij jongeren in de bekende symptomen zoals dorst, jeuk en polyurie. Men moet nogal eens nadrukkelijk navraag doen naar dergelijke verschijnselen (Agate).

Een toestand die ook vooral bij bejaarden tot moeilijkheden aanleiding kan geven is de hypoglykemie (Schettler), met name van de kant van het cerebrum. Vage klachten zoals moeheid, duizeligheid, motorische onrust en tremoren die bij bejaarden gemakkelijk kunnen worden miskend als te be-

horen bij de leeftijd, komen voor. Maar ook depressieve toestanden, verwardheid en schijndementie kunnen optreden.

Voor het herkennen van een hypoglykemie bij bejaarden heeft men dus in mindere mate dan bij jongeren houvast aan anamnese en symptomatologie. Voor controle in de huisartspraktijk van een bejaarde diabetespatiënt kan men derhalve niet volstaan met een onderzoek van de urine. Regelmatig zal bepaling van het bloedsuikergehalte nodig zijn.

Schettler noemt 140 mg procent de toelaatbare bovengrens van het nuchtere bloedsuikergehalte. De hoogste dagwaarde moet volgens hem niet boven 200 mgprocent komen. Indien bij twee bepalingen op een dag de bloedsuikerwaarden laag blijken te zijn of indien waarden worden gevonden hoger dan 200 tot 220 mgprocent, dient men de therapie aan te passen aan deze bevinding.

Voor het ontdekken van een ouderdomsdiabetes is het noodzakelijk 24-uurs urine, beter nog urine anderhalf tot twee uur na de middagmaaltijd geloosd (Van den Dool) of na het gebruik van ongeveer 30 tot 40 gr suiker, na te kijken (Fuldauer). Voor bepaalde categorieën bejaarden lijkt het juist direct een bloedsuikerbepaling te laten verrichten ongeveer anderhalf uur na de maaltijd.

Bij obesitas en recidiverende urineweginfecties in het bijzonder kan een dergelijk onderzoek snel leiden tot de juiste diagnose. Veelal is het mogelijk met dieet en eventueel orale bloedsuikerverlagende middelen onder regelmatige controle van het bloedsuikergehalte tot een bevredigende toestand te komen.

- Agate, J. The practice of geriatrics, Heinemann, London, 1963.
- Diabetes mellitus, World Health Organization, Technical Report Series, no. 310, 1965.
- Dool, C. W. A. van den, Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Academisch proefschrift. Stenfert Kroese, Leiden, 1960.
- Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift. Insulinde, Hengelo, 1966.
- Gerbrandy, J. (1968) huisarts en wetenschap 11, 202.
- Moor, P. de, Diabetes mellitus, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden 1967.
- Schettler, G. Alterskrankheiten, George Thieme Verlag, Stuttgart, 1966.
- Schouten, J. (1967) huisarts en wetenschap 10, 224.