

Diabetes mellitus, enkele cijfers

CHRIS VAN WEEL*

Een cijfermatige impressie van de frequentie van diabetes mellitus en de complicaties van deze ziekte. Het merendeel van het bijeengebrachte materiaal blijkt op specialistische onderzoeken te berusten en het is daarom van groot belang voor een beter gefundeerde behandeling in de huisartspraktijk, dat de huisarts zelf meer gedetailleerde gegevens verzamelt.

Diabetes mellitus is een lang bekende ziekte. Reeds uit de oudheid stamt de beschrijving van althans een syndroom, gevormd door polyurie en polydipsie (*Van Proosdij* en *De Looff*). De frequentie van diabetes onder de bevolking van Europa en Noord-Amerika wordt momenteel geschat op twee procent (*Joslin*). Verder zou de helft van deze groep niet als diabeet bekend zijn. Overigens lijkt enige twijfel te bestaan aan het genoemde percentage. Richtten wij de aandacht op de morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk, dan blijkt dat naar schatting één procent van de populatie gediagnostiseerd is als diabeet. *Oliemans* komt uit op een prevalentie van 8 per duizend met een incidentie van 2 per duizend patiënten. *Lamberts* vermeldt een prevalentie van 9 per duizend. *Hodgkin* berekent op grond van zijn ervaringen met morbiditeitsregistratie een „diagnostic range” van 0,5-0,9 per duizend patiënten per jaar voor het insuline-afhankelijke type diabetes, terwijl de range voor het insuline-resistente type 0,4-0,8 zou bedragen. De researchgroep Birmingham van de Engelse huisartsenorganisatie vergeleek de resultaten van twee morbiditeitsregistraties, gehouden in 1955 en 1971. In de zestien jaar die zijn verlopen tussen de twee studies, blijkt het aantal consultaties wegens diabetes gestegen van 3,7 tot 4,5 per duizend. In 1971 is de incidentie van diabetes onder mannen, ouder dan vijftien jaar, hoger dan onder vrouwen in dezelfde leeftijdsklasse. Niettegenstaande dit laatste blijkt de consultatiefrequentie bij vrouwen ho-

ger te zijn (*Trends in national morbidity*).

Het zijn, zoals *Oliemans* constateerde, vooral „ouderen” bij wie de diagnose diabetes mellitus wordt gesteld. Uit zijn onderzoek blijkt, dat suikerziekte voornamelijk voorkomt bij mensen die ouder zijn dan 45 jaar.

Het vergrijzen van de bevolking, de betere behandelingsmogelijkheden en de verbeterde mogelijkheden voor diabetes om kinderen te krijgen worden aangevoerd ter verklaring van de toename van diabetes mellitus in de samenleving. Ook lijkt de voeding, in kwalitatieve én kwantitatieve zin, invloed te hebben op de frequentie waarmee deze ziekte voorkomt. De evolutie van eet- en voedingsgewoonten van met name de westerse mens is genoegzaam bekend. Onder extreme omstandigheden – qua voedselschaarste en anderszins –, zoals in Duitse concentratiekampen tijdens de Tweede Wereldoorlog, is een afname geconstateerd van het optreden van suikerziekte. *De Jong* ontleent deze constatering aan verschillende bronnen waaronder medici die persoonlijk de gang naar de kampen hebben gemaakt.

Wat de complicaties van diabetes betreft, lijkt uitsluitend het hypoglykemisch coma zo vaak voor te komen dat een schatting van de frequentie ervan in de huisartspraktijk zinnig en betrouwbaar is. *Hodgkin* vermeldt een „diagnostic range” van 0,3 per duizend patiënten per jaar.

Van de andere complicaties, het hyperglykemisch coma en de uitingen van het chronische diabetische syndroom, is de frequentie zodanig dat geen aparte

getallen voor de huisartspraktijk te vinden zijn. *Hodgkin* vermeldt alleen dat hij in zijn materiaal in tien jaren geen enkel geval van hyperglykemisch coma zag. Voor aanwijzingen over de frequentie van het chronische diabetische syndroom zijn we derhalve aangewezzen op andere bronnen, doorgaans van specialistische herkomst. Hieruit blijkt dat de specifieke gevolgen van diabetes op den duur zeer frequent voorkomen onder diabetespatiënten.

Afwijkingen aan de grote en middelgrote vaten – door arteriosclerose – manifesteren zich op gemiddeld relatief lage leeftijd. Ongeveer 80 procent van de diabetespatiënten zou aan de gevolgen hiervan, in het bijzonder het myocardinfarct, overlijden (*Terpstra e.a.*). In *Cardiac death in diabetes* wordt niet alleen gewezen op de hoge frequentie van het myocardinfarct – verantwoordelijk voor 50 procent van de doodsoorzaken van mensen met suikerziekte –, maar ook op de slechte prognose en op het feit, dat het symptoom pijn in ongeveer een derde van de gevallen niet of nauwelijks aanwezig is, mogelijk ten gevolge van een neuropathie.

De afwijkingen aan de kleinste vaten, de diabetische micro-angiopathie, kunnen zich in vrijwel alle organen manifesteren. Vooral befaamd hierom zijn de retina en de nier.

De diabetische retinopathie manifesteert zich afhankelijk van de duur van de diabetes. Bij mensen die tien jaar aan suikerziekte lijden, komt de retinopathie frequent voor. Na een ziekte duur van twintig jaar heeft een meerderheid van de patiënten een retinopathie (*Duke-Elder*).

De diabetische neuropathie lijkt in relatie te staan tot de duur van de diabetes. In een belangrijk aantal gevallen (20-30 procent) kunnen echter reeds binnen een jaar na het manifest worden van de ziekte aanwijzingen voor een neuropathie te vinden zijn.

Cijfers als deze roepen bij mij een somber en dreigend beeld op; tegen zo'n achtergrond van naderend onheil lijkt het moeilijk en haast illusoir de alom beleden doelstelling te realiseren, mensen met diabetes te helpen een zo normaal mogelijk, volwaardig bestaan te leiden. Een en ander zal ook samenhangen met de kwalijke reputatie die „suikerziekte” geniet in de volksmond; gangreen, amputatie, blindheid en coma zijn de associaties die door deze ziekte gewekt worden. In die zin komt diabetes mellitus ook in de bel-

* Huisarts te Rotterdam, afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de G.G. en G.D.

lettrie aan de orde. Twee voorbeelden hiervan zijn mij onder ogen gekomen.* In Voer voor psychologen verhaalt Harry Mulisch over de door diabetes en kanker bepaalde laatste jaren van zijn vader (bladzijden 156-157 en 194):

Langzaam kom ik naderbij. Ontroering knijpt mijn keel dicht. Het hoofd draait mijn kant op, maar geen ogen kijken mij aan: een witte lap is er voor gebonden. „Pappa, ik ben het... Wat is er gebeurd?”

Zijn hand zoekt de mijne.

„Ik ben blind geworden.”

Het grauwe afgrijzen stijgt naar mijn hoofd. Ik kan niet spreken.

„De dokter zegt dat het weer over zal gaan. Het heeft iets met mijn ziekte te maken.”

(. . .)

Als ik mij eenmaal voorover buig, voel ik ter hoogte van zijn been een stok onder het laken. De kanker zit in zijn blaas – wat is er met zijn been gebeurd? Is het geamputeerd, zoals vorig jaar bij Frieda met haar oedeem, de ziekte van hen die zich dood werken? Het duurt even eer ik het laken op durf te tillen. De stok is zijn been. Wit vel hangt er slap overheen. Onmiddellijk laat ik het laken vallen, maar zie nog, dat zijn tenen met verband omwikkeld zijn. Aan de uiteinden is hij al tot ontbinding overgegaan.

De arts en schrijver Willem Brakman beschrijft in Een winterreis het sterven van de oude Jan Loof, terwijl de hoofdpersoon avances maakt bij zijn kleindochter (bladzijden 154-155):

De deur vloog open. „Hij is dood... o God!” Een jammerend krijt gezicht vlak voor het zijne, ogen met grote zwarte pupillen en een open mond met vochtig glanzende lippen. „Dood... o

*Ik ben Geert Bremer zeer erkentelijk voor het vullen van deze leemten in mijn kennis van de Nederlandse literatuur.

God... Opaatje toch. O God, ga toch weg!”

Onthutst staarde hij naar de fles op tafel, waar in het groene glas de brandewijn trilde en rimpelde op de maat van haar geren. Heen en weer... schoenen... mantel... hijgende diagonalen.

Hij staarde naar de groene fles met een gevoel of het daarin, eromheen alleen nog maar rustig was en veilig. Het enige rustige punt in de zigzaggende wirwar in de keuken, het slaan van de keukendeur dat nog lang bleef hangen en het driftige taktak van hakken over straat.

Dood, dat was zijn eer te na, dat kon niet, dacht hij, zich het blazen en sissen voor de geest roepend. Dat was een ademhaling geweest om het nog jaren vol te houden, een ruim, groot ademen. Hij sloeg zich opeens voor het voorhoofd. Verdomd, dat was het geweest... das grosse Atmen... een diabetisch coma... Kussmal... een coma met het hoofd onder de dekens... een laatste truc.

Zoals reeds gezegd, berust de cijfermatige impressie van de complicaties van diabetes voornamelijk op analyses uit de regionen der interne geneeskunde en andere medische specialismen. Het is echter zo dat huisartsen hun zorgen vooral richten op mensen bij wie op oudere leeftijd de diagnose is gesteld. Het ligt dan ook voor de hand, dat huisartsen met een ander deel van het klinisch spectrum diabetes mellitus te maken hebben dan internisten. In dit verband is het nog maar de vraag of de hier weergegeven epidemiologische feiten ook voor de huisarts wel „de feiten” zijn. De essentie van dit probleem, dat in zeer veel gevallen speelt, is op heldere wijze besproken door Hendrik Wulff. Informatie over de vermijdbare risico's én de frequentie waarin die risico's optreden, vormt een hoeksteen van een rationele benadering. Om tot een beter gefundeerde behandeling van diabetes in de huisarts-

praktijk te komen, zal het dan ook naar mijn mening van essentieel belang zijn meer details te verzamelen over het optreden van complicaties bij door de huisarts behandelde patiënten.

Brakman, W. Een winterreis. Querido, Amsterdam, 1976.

Cardiac death in diabetes. Editorial. (1978) Lancet I, 1241-1242.

Duke-Elder, S. Parsons' disease of the eye. 15th ed. Churchill, London, 1970.

Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis in primary care. 4th ed. Churchill-Livingstone, Edinburgh etc., 1978.

Jong, L. de. Het Koninkrijk der Nederlanden in de Tweede Wereldoorlog. Deel 8. Nijhoff, 's-Gravenhage, 1978.

Joslin, S. Diabetes mellitus. 11th. ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1971.

Lamberts, H. De morbiditeitsanalyse – 1972 van de groepspraktijk Ommoord, II. (1975) huisarts en wetenschap 18, 7-39.

Mulisch, H. Voer voor psychologen. 2e druk. De Bezige Bij, Amsterdam, 1961.

Oliemans, A.P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Proosdij, C. van en A. J. A. de Loof. Van dodelijk tot dragelijk: drieduizend jaar diabetes historie. (1977) Ned. T. Geneesk. 121, 1974-1978.

Terpstra, J., H.M.J. Krans en J.K. Radder. Diabetes mellitus. In: C.H.J. den Ottolander (red.). Interne geneeskunde. 5e druk. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1978.

Trends in national morbidity. [By the Birmingham Research Unit of the Royal College of General Practitioners.] Occasional paper (1976) J. roy. Coll. gen. Practit.

Wulff, H.R. Rational diagnosis and treatment. Blackwell, Oxford, 1976.