

Tenslotte willen wij terugkomen op de opmerking over het huisbezoek in dergelijke situaties. Het is mogelijk dat de huisarts op grond van een gevoel van medelijden geneigd is de patiënte te vaak op te zoeken. Daarbij speelt dikwijls ook een rol dat de dood van een kind ook op de omgeving een diepe indruk maakt. Voor de eigen mogelijkheden tot herstel lijkt het echter beter dat mevrouw De Wind niet lang thuis bezocht wordt. Een goede regel daarbij is dat men na het overlijden van een kind of een partner een drietal visites maakt. Indien meer nodig is, doet men er goed aan dat inderdaad op 'neutrale' grond te doen.

Epicrise

Door de bespreking in de groep is dokter V duidelijk geworden dat de reactie van mevrouw De Wind vermoedelijk berust op haar angst weer in de steek gelaten te worden en niet op een fout die hem persoonlijk kan worden aangerekend. Hij had er beter aan gedaan haar wel te ontvangen en haar, zij het kort, te woord te staan. Daarna zou hij haar kunnen voorstellen terug te komen. Daarmee had hij haar gesteund in de manier waarop zij met het verlies omgaat.

Dokter V is bovendien gaan inzien dat hij wel erg bezorgd is en dat dit te maken heeft met zijn eigen jeugd. Doordat hij in staat is hierover in de groep te spreken, begrijpt hij dit verband.

In een latere bijeenkomst vertelt dokter V, dat hij met mevrouw De Wind over het incident heeft gesproken en toen heeft voorgesteld dat zij nog tweemaal op het spreekuur zou komen. Daarna heeft hij haar 'losgelaten', zoals hij zelf noemt. De relatie met het gezin De Wind heeft in de praktijk later verder geen aanleiding meer gegeven tot problemen, vertelt hij dan. ■

Diabetes mellitus type II (1)

Wij onderschrijven het uitgangspunt van de NHG-standaard 'Diabetes Mellitus type II'^{1,2} dat het voorgestelde traject vrijwel geheel in de huisartspraktijk kan worden uitgevoerd. Ten aanzien van het therapievoorstel hebben wij echter een aantal aanvullende opmerkingen.

- In de standaard wordt geadviseerd bij falen van conservatieve maatregelen, zoals een voedingsadvies en het stimuleren van lichaamsbeweging, te starten met medicamenteuze therapie in de vorm van een sulfonyleureum-preparaat. Bij falen van deze medicatie kan hieraan dan Metformine (Glucophage®) worden toegevoegd.

In dit advies wordt geen tekening gehouden met het lichaamsgewicht en eventueel aanwezige contra-indicaties voor het gebruik van Metformine. Zoals recent ook in Europees verband is onderkend,³ kan van Metformine alleen bij het bestaan van overgewicht effect worden verwacht, en wordt geadviseerd in deze situatie te beginnen met Metformine in plaats van met een sulfonyleureum-preparaat, tenzij bij contra-indicaties. Deze contra-indicaties zijn – vanwege het risico van het ontstaan van lactaat-acidose – nier- en leverinsufficiëntie en cardiovasculaire aandoeningen als CVA, angina pectoris, myocardinfarct en claudicatio intermittens.

- Wij geven er de voorkeur aan om ons bij de keuze tot insulinetherapie niet te laten leiden door de leeftijd van de patiënt, maar door de hoogte van de bloedglucosewaarde en de veronderstelde vitaliteit.⁴ Wij geven bij een arbitrair aangenomen nuchtere glucosewaarde hoger dan 15 mmol/l tijdens alleen dieettherapie, en hoger dan 8 mmol/l bij maximale dosering van orale bloedglucose-regulerende therapie – en zeker indien er geen overgewicht aanwezig is – de voorkeur aan insulinetherapie boven medicamenteuze therapie. Bij de huidige systemen van insulinetoediening hoeft insulinetherapie ook bij bejaarde patiënten geen grote problemen te geven. Indien het zelf injecteren van insuline toch niet goed mogelijk blijkt, is een eenmaal-daagse toediening met behulp van de districtsverpleging vaak goed mogelijk en zinvol.

Een bezwaar van insulinetherapie kan zijn dat dan verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is. Bij een goed samenspel tussen eerste en tweede lijn hoeft dit echter geen groot bezwaar te zijn en kan in goed overleg het zwaartepunt van de begeleiding in handen van de eerste lijn blijven. Een duidelijk voordeel van insulinetherapie bij falen van conservatieve maatregelen is ons inziens vooral een herstel van de vitaliteit, hetgeen ook bij de oudere patiënt een verbetering van de kwaliteit van leven betekent.

- Ten aanzien van de parameter voor beoordeling van de instelling op de langere termijn

hebben wij de indruk dat de nuchtere bloedglucosewaarde hiertoe van beperkte waarde is. Bij stabiele regulatie correleert deze parameter goed met het HbA1c-percentage; wanneer de patiënt zich echter kort voor de controle meer dan gebruikelijk aan de geadviseerde richtlijnen houdt, zal de nuchtere bloedglucosewaarde sneller dalen dan het HbA1c-percentage. Wij menen daarom dat er ook in de huisartspraktijk moet worden gestreefd naar geregelde beoordeling van de glucoseregulatie op langere termijn op basis van het HbA1c-percentage.

A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,
B.H.R. Wolffenbuttel,
N.C. Schaper,
J.P. Sels,
Afdeling Interne Geneeskunde,
werkgroep Endocrinologie,
Academisch Ziekenhuis Maastricht

¹ Rutten GEHM, Cromme PVM, Zuidweg J, Mulder DZN JD. Huisarts en Diabetes type II. Een verantwoording voor de NHG-standaard. Huisarts Wet 1989; 32(1): 7-13.

² Nederlandse Huisartsen Genootschap. Standaard Diabetes Mellitus type II. Huisarts Wet 1989; 32(1): 15-8.

³ Alberti KGMM, Gries FA. Eur-NIDDM-PG: Proposal for a consensus on the management of NIDDM. European NIDDM policy group, 1987.

⁴ Heine RJ. Insulin treatment of non insulin dependent diabetes mellitus. Clin Endocrinol Metab 1988; 2: 477-92.

Naschrift

In de werkgroep is uitvoerig gediscussieerd over een expliciete vermelding van alle contra-indicaties ten aanzien van het gebruik van medicatie in de standaard. Omdat wij het rekening houden met contra-indicaties vanzelfsprekend vonden, hebben wij uiteindelijk besloten ons te beperken tot de zinsnede: 'Uiteraard moet bij iedere medicatie goed worden gelet op contra-indicaties, interacties enz.'.

Wij zijn het niet met de schrijvers eens dat in Europees verband geadviseerd wordt bij overgewicht te beginnen met Metformine. In het voorstel staat: 'Add Metformin and/or Sulfonylurea'. Juist de door de schrijvers vermelde relatieve (doch bij oudere diabetespatiënten niet zelden voorkomende) contra-indicaties ten aanzien van Metformin hebben ons doen besluiten tot één therapieschema. De overige argumenten daarvoor hebben wij reeds vermeld in onze verantwoording.

De opmerkingen met betrekking tot de insulinetherapie wekken de indruk aanvullend te zijn, doch zij stroken volledig met de door ons bepleite gang van zaken. In de Standaard staat met zoveel woorden, dat insuline in principe geïndi-

ceerd is, wanneer met maximale orale therapie geen bevredigende (= nuchter bloedglucose <8 mmol/l) regulering bereikt wordt. Over de wijze waarop dat dan moet, hebben wij ons niet uitgesproken.

Ook de opmerkingen inzake de HbA1c-bepaling liggen in dezelfde lijn als het in ons artikel verantwoorde beleid. Juist de huisarts lijkt in staat de compliantie van de patiënt te beoordelen, en aldus de indicatie voor een HbA1c-bepaling vast te stellen.

Wij menen te mogen concluderen dat er grote overeenstemming bestaat tussen het door de schrijvers voorgestane beleid en de Standaard. Deze constatering verheugt ons.

G. Rutten

Diabetes mellitus type II (2)

Waarom wordt in de NHG-standaard 'Diabetes Mellitus type II'¹ de Quetelet-methode van gewichtsbepaling zo benadrukt? Ik heb voor alle lengtes tussen 1,5 en 2 m berekend wat het verschil is met de reeds gangbare methode: aantal cm's boven de meter in kg (= circa 25 op de Quetelet-index) of 10 procent minder (= circa 20 op de Quetelet-index); het verschil bedraagt hooguit 1 punt op de index-schaal. Ik vind dat er goede argumenten moeten zijn om af te wijken van deze veel eenvoudigere methode.

Ten aanzien van het nomogram denk ik dat dit alleen gehanteerd behoeft te worden bij grenswaarden van de creatinine bij lichtgebouwde personen. Bij een dergelijke relativering zal de NHG-standaard voor het overige vaker, vollediger én door meer collegae worden gehanteerd bij de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type II.

J.J.M. Van der Werf, huisarts

¹ Nederlands Huisartsen Genootschap. Diabetes Mellitus type II [Standaard] Huisarts Wet 1989; 32(1): 15-8.

Naschrift

Als belangrijkste voordeel biedt de Quetelet-index de mogelijkheid om gewichtscategorieën vast te stellen. De constatering dat de regel van Broca weinig afwijkt van de door ons aanbevolen methode, geldt uitsluitend voor de bepaling van het 'ideaalgewicht'.¹ De vraag is echter, wanneer iemand nog een aanvaardbaar (over)gewicht heeft, en wanneer er sprake is van met verhoogde mortaliteit gepaard gaande vetzucht. De regel van Broca geeft hier geen antwoord op; het door ons gepropageerde meetlatje geeft de oplossing in een paar tellen.

Om tot een 'gebruikersvriendelijke' richtlijn te komen, hebben wij in de standaard geen onderscheid gemaakt tussen vrouwen en mannen, in tegenstelling tot de voorgestelde Europese consensus.² Bij de door Van der Werf genoemde regel van Broca dient dit onderscheid voor de benoeming van normaal gewicht wél te worden gemaakt. Ook in dit opzicht is de standaard dus eenvoudiger.

In de derde plaats achten wij het een positieve ontwikkeling als de Nederlandse huisarts internationaal erkende maten – zoals de Quetelet-index er een is – algemeen gaat toepassen.

Wat betreft de toepassing van het nomogram: als Van der Werf ons objectief zou kunnen zeggen wat een 'grenswaarde' is, en wat precies 'lichtgebouwd' inhoudt, zouden we zijn advies overnemen. Wij vrezen echter dat juist het gebruik van dit soort termen uiteindelijk leidt tot net zoveel standaarden als er huisartsen zijn.

G. Rutten

¹ Meyboom-de Jong B. Vetzucht. Huisarts Wet 1986; 29: 178-84.

² Alberti KGMM, Gries FA. Eur-NIDDM-PG: proposal for a consensus on the management of NIDDM. European NIDDM Policy Group 1987.

Monitoring CARA-patiënten

In zijn zeer genuanceerde bijdrage spreekt Van Weel zich niet duidelijk uit voor of tegen het systematisch volgen van CARA-patiënten in de huisartspraktijk; de argumenten contra lijken echter te overheersen.¹ Mijns inziens is er een aantal argumenten pro.

Het is duidelijk dat leefregels bij alle vormen van CARA een belangrijke plaats innemen. Ik doel dan op saneringsadviezen, vermijden van specifieke prikkels, rookverbod en adviezen met betrekking tot lichaamsbeweging en ademhaling. Voor het bereiken van compliance met dit soort adviezen is regelmatige uitleg en het bespreken van tussentijds door de patiënt opgedane ervaringen van groot belang. Ook bij het voorschrijven van medicatie is controle belangrijk. Doseringsschema's en wijze van toediening blijken frequent niet begrepen of opgevolgd te worden. Praktisch alle betrokken medicatie kan aanleiding geven tot bijwerkingen. Hier dient systematisch naar gevraagd te worden. Eventuele problemen op dit gebied kunnen dan opgelost worden, voordat de patiënt er het bijltje bij neergooit. Natuurlijk is de groep CARA-patiënten heterogeen van samenstelling. Een groot aantal patiënten ervaart slechts zelden klachten. Zij kunnen mijns inziens incidenteel, op geleide van klachten behandeld worden.

Het vastleggen van de longfunctie door middel van eenvoudig spirometrisch onderzoek zie ik als een duidelijke steun bij het evalueren van de effecten van medicatie en bij de behandeling van exacerbaties. Hiervoor is sinds kort compacte, relatief goedkope apparatuur verkrijgbaar, zoals de microspirometer van Micromedical (importeur Den Bruul, Sint Michielsgestel), waarmee op betrouwbare en snelle wijze de FEV1 en de FVC bepaald kunnen worden.

Hoewel ik me ervan bewust ben dat normaalwaarden voor longfunctie in de eerstelijns populatie (nog) niet voorhanden zijn, en dat er vraagtekens te zetten zijn bij de validiteit van een dergelijke bepaling als parameter voor het verloop van de aandoening, zie ik zelf toch een duidelijke plaats voor dit onderzoek bij het vervolgen van individuele patiënten. Ik ben dan ook een voorstander van het regelmatig vervolgen van die CARA-patiënten in de huisartspraktijk, die onderhoudsmedicatie gebruiken en regelmatig klachten ervaren. Standaardisering van therapie en beleid in een NHG-standaard lijkt me zeer wenselijk en goed mogelijk.

J. Zuidweg,
huisarts

¹ Van Weel C. Monitoring van patiënten met CARA [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1989; 32(2): 42.

Naschrift

Met Zuidweg ben ik het eens dat het regelmatig vervolgen van patiënten met CARA aangewezen is. Het betreffende commentaar richt zich dan ook op de vraag waaruit systematische nacontroles dienen te bestaan, en niet op de vraag of een en ander gewenst is.

De noodzaak tot nuancering komt voort uit het besef dat alle parameters van het beloop van CARA aan variatie onderhevig zijn. Dit geldt de anamnese, de fysische diagnostiek, en met nadruk ook de verdere laboratoriumdiagnostiek. Dit betekent dat, hoe gewenst het ook is om het ziektebeloop goed te vervolgen, er geen informatie is waarop de huisarts blind kan varen. De huisarts zal ook hier ten volle gebruik moeten maken van alle kennis, kunde en vaardigheden die hem ter beschikking staan.

Ik ben het geheel eens met Zuidweg dat het chronisch medicijngebruik op zichzelf een reden is voor systematische controle. Dat geldt echter niet exclusief voor patiënten met CARA. Wat voor hen daarnaast nog aangewezen lijkt, vormde het thema van het commentaar.

C. van Weel