

**Redactiecommissie**

F.J. Meijman, arts, voorzitter
 Prof. dr. B. Meyboom-de Jong
 W.A. van Veen, arts
 Prof. dr. H.G.M. van der Velden
 Prof. dr. C. van Weel
 Dr. J. De Maeseneer, adviseur

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/Editekst
 Postbus 49, 8200 AA Lelystad
 Telefoon 03200 - 41 891

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
 Wilhelminapark 45,
 3581 NL Utrecht
 Postbus 14015, 3508 SB Utrecht
 Telefoon 030 - 516 741
 Fax 030 - 541 560

Nederlands Huisartsen**Genootschap**

Wilhelminapark 45,
 3581 NL Utrecht
 Postbus 14006, 3508 SB Utrecht
 Telefoon 030 - 516 741
 Fax 030 - 541 560

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon 03403-95711
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Intermedia bv, Postbus 4,
 2400 MA Alphen a/d Rijn
 Telefoon 01720-66811
 Binnenland NLG 120,75 per jaar.
 België BEF 2.657 per jaar.
 Overig buitenland NLG 175,-
 per jaar.
 Studenten NLG 69,50 per jaar.
 Losse nummers NLG 12,95.
 Huisarts en Wetenschap
 verschijnt 13 x per jaar.
 Opzeggingen dienen ten minste
 twee maanden voor de aanvang
 van een kalenderjaar te worden
 gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-
 bureau; overige abonnees aan
 Intermedia bv.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de Nederlandse
 Organisatie van
 Tijdschrift-Uitgevers
 NOTU.

ISSN 0018-7070

Onderzoek diabetes mellitus

Ter gelegenheid van de publikatie van de eerste NHG-standaard in januari 1989 schreef Tielens: 'De wetenschappelijke ontwikkelingen kunnen soms zeer snel gaan. Wat vandaag nog juist wordt geacht, blijkt morgen achterhaald. Dit brengt met zich mee dat het Genootschap telkenjare de reeds eerder geformuleerde standaarden moet bijwerken.'¹ Nu, anderhalf jaar later, wordt door de redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap de vraag gesteld of patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk met betrekking tot diabetes mellitus nieuwe feiten aan het licht heeft gebracht.

In Heerde (*Verhoeven et al.*²) en in Hoogeveen (*Reenders et al.*³) werden alle diabeten in respectievelijk acht en negentien huisartspraktijken geïnventariseerd. De uitkomsten hebben niet slechts betrekking op de populatie van een aantal praktijken, maar op de bevolking van twee regio's waarvan de geslachts- en leeftijdverdeling bekend is.

In Engeland zijn soortgelijke onderzoeken verricht; hierin werd een prevalentie van diabetes mellitus van ongeveer 1 procent gevonden.⁴⁻⁶ In Heerde en in Hoogeveen waren de percentages respectievelijk 1,9 en 1,5 procent. Het verschil met Engeland zou nog groter zijn geweest, indien de diabeteslijsten van de Nederlandse huisartsen niet waren geschoond van 'onechte' diabeten. Bij bestudering van de anamnese bleek in Heerde 13 procent van de 'diabetespatiënten' geen diabetes mellitus te hebben, terwijl dit in Hoogeveen bij 9 procent het geval was: ongeveer één op de drie uitsluitend met een dieet behandelde patiënten.

De diagnose diabetes mellitus dient niet te snel te worden gesteld en zeker niet op grond van één enkele afwijkende bloedsuikerwaarde. Het in het 'Scenarioreport diabetes mellitus 1990-2005'⁷ genoemde aantal diabeten in 2005 zou weleens 10 procent lager kunnen zijn, omdat men geen rekening heeft willen houden met de 'uitstoot' van diabeten via remissie en/of misclassificatie.

Voor het onderscheid tussen type I en II werden in Heerde en Hoogeveen verschillende criteria gebruikt, maar desondanks was het percentage type-II-diabeten exact hetzelfde (83 procent) en werd één op de vijf patiënten uit deze groep met insuline behandeld. In beide plaatsen waren duidelijke afspraken gemaakt met de tweede lijn en waren bijna alle niet met insuline behandelde type-II-diabeten onder controle bij de huisarts. Desondanks waren de resultaten pover, gelet op de in de NHG-standaard genoemde doelen: in beide plaatsen had slechts de helft van de diabeten een acceptabel gewicht (Quetelet-index <27), en één op de drie diabeten een acceptabele bloedsuikerwaarde (<8 mmol/l). Ook *Crebolder et*

*al.*⁸ vonden bij 55 procent een niet acceptabele bloedsuiker en bij 50 procent een te hoog gewicht.

Handhaving van de in de Standaard genoemde doelen zal zeker leiden tot een sterke toename van het gebruik van bloedsuikerverlagende middelen, inclusief insuline, en tot een verschuiving van de zorg naar de tweede lijn.^{2,3} Gesuggereerd is om samen met de tweede lijn richtlijnen op te stellen voor de behandeling van patiënten die met tabletten geen aanvaardbare instelling bereiken. Uitspraken over de maximale behandeling met tabletten, de betekenis van overgewicht en de leeftijdsgrens zijn in dit verband van belang. De door *Van Ballegooie en Verhoeven*⁹ beschreven gang van zaken bij deze categorie patiënten zou als leidraad kunnen dienen.

Crebolder et al. onderzochten de relatie tussen de klachten die patiënten tijdens de driemaandelijkse controle meldden (anamestisch profiel) en hun gewicht, HbA_{1c} en nuchtere glucose (diagnostisch profiel).⁸ Van de mannen was 75 procent en van de vrouwen 68 procent vrij van klachten, terwijl meer dan de helft te zwaar en/of slecht ingesteld was. De patiënt voelt zich goed, maar de dokter vindt de hoogte van zijn suiker c.q. gewicht te riskant. Hoe riskant? Dit laatste lijkt meer een kwestie van geloof dan van wetenschap.

Verhoeven et al. onderzochten de prevalentie van late complicaties bij type-II-diabeten in vergelijking met een controlegroep van niet-diabeten.² Welke complicaties waren diabetes-specifiek en zijn van belang om op te sporen?

Screening op retinopathie bleek zinvol: de hoge prevalentie (35 procent) zal zeker ten dele voortvloeien uit een inhaaleffect (de opbrengst van de eerste screening). Toch bleek bij een aantal patiënten met ernstige diabetische retinopathie fotocoagulatie direct geïndiceerd om blindheid te voorkomen. *Gatling et al.*, die in Poole bijna alle diabeten op de lijsten van 40 huisartsen onderzochten, vonden bij 8 procent ernstige retinopathie.¹⁰ Op dit moment wordt getracht een CBO-consensus te formuleren over diabetische retinopathie: hoe vaak, door wie (oogarts, huisarts) en op welke wijze (funduscopie, -fotografie) dient de screening plaats te vinden?

Opsporing van nefropathie lijkt niet erg zinvol. In het onderzoek van Verhoeven et al. had slechts één diabeet een nierinsufficiëntie. Ook de bepaling van de micro-albuminurie, de albustix en de kreatinineklaring lijkt vooralsnog weinig praktische consequenties te hebben bij diabetes type II.

Opsporing van hypertensie is daarentegen wel zinvol: door behandeling van hypertensie is het mogelijk de progressie van nierinsufficiëntie te vertragen, terwijl tevens – en dat is nog belangrijk

er – een bijdrage kan worden geleverd aan de preventie van macrovasculaire complicaties. Ook ophouden met roken, dieetmaatregelen en verlaging van de hypercholesterolemie en hyperlipemie zijn bij deze risicogroep zinvol.

De palpatie van de arteria dorsalis pedis wordt door Verhoeven et al. niet zo zinvol geacht – *Criqui et al.* toonden al aan dat het ontbreken van de pulsaties van de arteria tibialis posterior veel vaker op een perifere vaatlijden wijst¹¹ –, net zomin als het neurologisch onderzoek (Achillespeesreflex, vibratiezin en het gevoel). Toch is het van groot belang de afwezigheid van pijn- en tastzin vast te stellen. Patiënten met symptomen op dit vlak lopen een grote kans ulcera te krijgen door verbranding of beschadiging. Zij behoeven extra zorg. Geregelde inspectie van de voeten achten Verhoeven et al. wél gewenst.

De opstellers van de Standaard Diabetes Mellitus Type II hebben maximaal gebruik gemaakt van de in 1988 bekende gegevens. Op basis van een aantal nieuwe inzichten zijn mogelijk enige aanpassingen vereist. Te denken valt aan concentratie van de aandacht op het opsporen van roken, hypertensie, retinopathie en een gestoorde sensibiliteit van de voeten, en op de behandeling van hypercholesterolemie- en lipemie.

Een punt van zorg blijft de discrepantie tussen de richtlijnen voor de instelling en de feitelijke metabole controle. Voor de praktijk is meer inzicht gewenst in de relatie tussen de instelling en het optreden van acute en late complicaties. Daarnaast blijft het de vraag of dit voor de (zeer) oude patiënt met diabetes mellitus allemaal wel zinvol is, en waar hier de leeftijdsgrens moet liggen. Anderzijds lijken de strikte criteria in de Standaard schrill af te steken tegen de geringe bereidheid van huisartsen om type-II-patiënten in te stellen op insuline. Het lijkt een kwestie van kiezen of delen: indien via een standaard strikte metabole controle wordt vereist, dan dient ook de therapie te worden aangepast. Richtlijnen voor instelling op insuline verdienen een plaats in de Stan-

daard. Dat zou mogelijk de koudwatervrees bij huisartsen voor deze behandeling kunnen wegnemen.

K. Reenders
C. van Weel

- ¹ Tielens VCL. Standaarden: het gezicht van de huisarts. *Huisarts Wet* 1989; 32: 3.
- ² Verhoeven S, Van Ballegooie E, Casparie AF. Kanttekeningen bij een standaard. De NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II vergeleken met de uitkomsten van een onderzoek onder 137 patiënten. *Huisarts Wet* 1990; 33(10): 375-8.
- ³ Reenders K, Rutten GEHM, De Nobel E, Van Weel C. Met de standaard als maatstaf. Diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus in 19 huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1990; 33(10): 379-83, 406.
- ⁴ Gatling W, Houston AC, Hill RD. The prevalence of diabetes mellitus in a typical English community. *J R Coll Physicians London* 1985; 19: 248-50.
- ⁵ Gibbins RL, Saunders J. Characteristics and pattern of care of a diabetic population in Mid-Wales. *J R Coll Gen Pract* 1987; 39: 206-8.
- ⁶ Burrows PJ, Gray PJ, Kinmonth AL, Payton DJ, et al. Who cares for the patient with diabetes? Presentation and follow-up in seven Southampton practices. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 65-9.
- ⁷ Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Scenarioreport Diabetes mellitus 1990-2005. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
- ⁸ Crebolder HJFM, Van der Horst FG, Seegers GJM. Klachten van type-II-diabetes in relatie tot bloedsuikerwaarden en overgewicht. *Huisarts Wet* 1990; 33(10): 384-7.
- ⁹ Van Ballegooie E, Verhoeven S. Poliklinische instelling op insuline bij patiënten met diabetes mellitus type II. *Mod Med* 1989; 959-63.
- ¹⁰ Gatling W, Mullee M, Hill R. General characteristics of a community based diabetic population. *Practical Diabetes* 1988; 5: 104-7.
- ¹¹ Criqui MH, Fronek A, Klauber MR, Barrett-Connor E, Gabriel S. The sensitivity, specificity, and predictive value of traditional clinical evaluation of peripheral arterial disease: results from non-invasive testing in a defined population. *Circulation* 1984; 71: 516-22. ■