

- 9 Alzaid AA. Micro-albuminuria in patients with NIDDM: an overview. *Diabetes Care* 1996;19:79-89.
- 10 Niskanen L, Uustipa M, Sarlund H, et al. Micro-albuminuria predicts the development of serum lipoprotein abnormalities favouring atherogenesis in newly diagnosed type 2 (non-insulin-dependent) diabetic patients. *Diabetologica* 1990;33:237-43.
- 11 Schmitz A, Veath M, Mogensen CE. Systolic bloodpressure relates to the rate of progression of albuminuria in NIDDM. *Diabetologica* 1994;37:1251-7.
- 12 Gilbert RE, Cooper ME, McNally PG, et al. Microalbuminuria: prognostic and therapeutic implications in diabetes mellitus. *Diabetic Med* 1994;11:636-45.
- 13 Ravid M, Savin H, Jutrin I, et al. Long-term stabilizing effect of angiotensin-converting enzyme inhibition on plasma creatinine and on proteinuria in normotensive type II diabetes patients. *Ann Intern Med* 1993;118:577-81.
- 14 Ravid M, Lang R, Rachmani R, Lishner M. Long-term renoprotective effect of angiotensin-converting enzyme inhibition in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 1996;156:286-9.
- 15 Sano T, Hotta N, Kawamura T, et al. Effects of long-term enalapril on persistent micro-albuminuria in normotensive type 2 diabetic patients: results of a 4-year, prospective, randomised study. *Diabetic Med* 1996;13:120-4.
- 16 UK Prospective Diabetes Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 39. *BMJ* 1998;317:713-20.
- 17 Viberti GC, Mogensen CE, Passa P, et al. St. Vincent declaration, 1994: guidelines for the prevention of diabetic renal failure. In: Mogensen CE, editor. *The kidney and hypertension in diabetes mellitus*. Second edition. Boston, etc.: Kluwer, 1994.
- 18 Marshall SM. Screening for microalbuminuria: wick measurement. *Diabetic Med* 1991;8:706-11.
- 19 Bosgoed B. Het screenen van patiënten met diabetes mellitus type 2 op micro-albuminurie: een laboratorium onderzoek. Verslag wetenschappelijke stage. Nijmegen: Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.

Naschrift

Micro-albuminurie bij diabetes mellitus type 2: een risico-indicator van belang? Volgens *De Grauw & Rutten* is het antwoord bij mensen <50 jaar bevestigend, en bij ouderen niet. Deze gegevens zijn 'evidence based', omdat in het onderzoek van Ravid *et al.* slechts patiënten tot 50 jaar waren opgenomen.^{1,2} Bij een dergelijke redenering zouden type-1-diabeten >39 jaar dus niet met een intensief insulineschema moeten worden behandeld, omdat in de DCCT slechts patiënten ≤39 jaar werden onderzocht.³

Inderdaad is het natuurlijk beloop van nefropathie beter beschreven bij type-1-dan bij type-2-diabeten. Met name het volledig beloop van micro-albuminurie via macro-albuminurie naar nierinsufficiëntie is in geen enkel onderzoek beschreven. Wél zijn echter overgangen van micro-naar macro-albuminurie⁴⁻⁶ en van macro-albuminurie naar nierinsufficiëntie⁷ beschreven. In combinatie kunnen deze uitkomsten slechts betekenen dat als er bij type 2 diabetes eenmaal afwijkingen zijn, het beloop niet anders is dan bij type-1-diabetes.^{8,9} Daarom moet de aanwezigheid van micro-albuminurie bij alle diabeten worden onderzocht.^{10,11} Met name vroege interventie in het stadium van micro-albuminurie zou toekomstige problemen kunnen voorkomen,¹⁰ al is dit niet onomstotelijk bewezen.

Screening van de creatinineklaring via de serumcreatinine is een te grove maat.¹² Inderdaad kan een micro-albuminebepaling in de urine problematisch zijn, maar *De Grauw & Rutten* benadrukken de valkuilen hierbij wel erg sterk. Bekend is dat micro-albuminurie kan variëren.^{10,13} Daarom is een reeks bepalingen vereist.⁶ Bij aanwezigheid van micro-albuminurie is het zeker niet verkeerd om een urinesediment na te kijken; er zijn wel mindere redenen om dit te doen. Daarvoor is een 24-uurs urine of een getimede nachtelijke portie geen vereiste; een willekeurige portie is voldoende om een micro-albuminurie te bepalen, al of niet met een albumine/creatinine-ratio.⁶ Bij een normale uitslag behoeft uiteraard niet eens naar het sediment te worden gekeken.

Rest nog te vermelden dat het feit dat er in de UKPDS geen verschillen werden gevonden tussen de met captopril en met atenolol behandelde groep, slechts betekent dat in die groep met hypertensie de hypertensiebehandeling primair was, en dat de beïnvloeding daarvan belangrijker was dan een eventueel effect op de albumineuitscheiding.

Dr. J.W.F. Elte
Afdeling Interne Geneeskunde
St. Franciscus Gasthuis Rotterdam

Literatuur

- 1 Ravid M, Savin H, Jutrin I, et al. Long-term stabilizing effect of angiotensin-converting enzyme inhibition on plasma creatinine and on proteinuria in normotensive type 2 diabetic patient. *Ann Intern Med* 1993;118:577-81.
- 2 Ravid M, Lang R, Rachmani R, Lishner M. Long-term renoprotective effect of angiotensin-converting enzyme inhibition in non-insulin-dependent diabetes mellitus. A 7-year follow-up study. *Arch Intern Med* 1996;156:286-9.
- 3 The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
- 4 Mogensen CE. Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes. *N Engl J Med* 1984;310:356-60.
- 5 Gilbert RE, Tsalamandris C, Bach LA, et al. Long-term glycemic control and the rate of progression of early diabetic kidney disease. *Kidney Int* 1993;855-9.
- 6 Jerums G, Gilbert RE. Microalbuminuria in non-insulin-dependent diabetes. Significance and management. In: Marshall SM, Home PD, Rizza RA, editors. *Diabetes Ann 11*. Amsterdam: Elsevier Science 1998: 141-67.
- 7 Humphrey LL, Ballard DJ, Frohnert PP, et al. Chronic renal failure in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1998;111:788-96.
- 8 Hasslacher Ch, Ritz E, Wahl P, Michael C. Similar risk of nephropathy in patients with type 1 or type 2 diabetes mellitus. *Nephrol Dial Transplant* 1989;4:859-63.

Vervolg op pag. 134.

laboratoriumomstandigheden bijna 10 procent van de metingen >100 l/sec afwijkend van de gouden standaard. Dit blijft twijfel oproepen over de bruikbaarheid van deze metingen in de klinische praktijk.

In het gerefereerde onderzoek van *Van der Palen* over piekstroommetingen in het kader van een zelfbehandelingsplan staat als conclusie, dat de effectiviteit van zelfbehandelingsprogramma's niet is aangetoond, geheel in lijn met de zeer zwakke resultaten van vier van zulke studies die door *Legge* zijn besproken.¹ In mijn commentaar is dit gebruik van piekstroommetingen als 'mogelijk nuttig' gekwalificeerd.

Spirometrie is uiteraard nodig voor diagnostiek van COPD en kan behulpzaam zijn bij het optimaliseren van het medicatiebeleid; dit was ook al in mijn commentaar te lezen.

Of routinematige spirometrische controles de huisarts nuttige informatie verstrekken over prognose en ziektebeloop bij een individuele patiënt, naast gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek, is een interessante, maar mijns inziens niet direct voor de hand liggende stelling.

Het opsporen van 'snelle dalers' en 'responders' is theoretisch misschien nuttig, maar of het haalbaar is deze groepen met routinematige longfunctietests en bijbehorende behandelprotocollen te identificeren, is twijfelachtig en op zijn minst niet bewezen.

F. Schreuder

1 Legge JS. Peak expiratory flow meters and asthma-self-management. *Lancet* 1996;347:1709-10.

VERVOLG

Vervolg van pag. 127

- 9 Pugh JA, Medina R, Ramirez M. Comparison of the course to end stage renal disease of type 1 (insulin-dependent) and type 2 (non-insulin-dependent) diabetic nephropathy. *Diabetologia* 1993;36:1094-8.
- 10 Mogensen CE, Keane WF, Bennett PH, et al. Prevention of diabetic renal disease with special reference to microalbuminuria. *Lancet* 1995;346: 1080-4.
- 11 American Diabetes Association. Diagnosis and management of nephropathy in patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1996;19(Suppl 1): S103-6.
- 12 Ritz E, Orth SR. Nephropathy in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1999;341: 1127-33.
- 13 Schmitz A. Microalbuminuria, blood pressure, metabolic control and renal involvement; longitudinal studies in white non-insulin-dependent diabetic patients. *Am J Hypert* 1997;90:S189-97. ■

Reflux niet zo onschuldig

Lagergren J, Bergström R, Lindgren A, Nyrén O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med* 1999;340:825-31.
Cohen S, Parkman HP. Heartburn – a serious symptom [Editorial]. *N Engl J Med* 1999;340:878-9.

Hoeveel invloed heeft reflux op de kans op kanker in de slokdarm en cardia van de maag? Deze vraagstelling werd onderzocht in een case-control-onderzoek onder de gehele bevolking van Zweden, waarbij ruim 600 patiënten en 800 controles werden ondervraagd.

Het risico op adenocarcinoom in de slokdarm bleek bijna acht maal zo hoog te zijn onder degenen die last hadden van ten minste één maal per week zuurbranden en/of opboeren. Nachtelijke symptomen gaven zelfs een elf maal hogere kans te zien. Frequentier, ernstiger en langer durende symptomen gaven een nog hogere kans. Zo hadden degenen die meer dan twintig jaar ernstige symptomen hadden gehad, een 43,5 maal verhoogd risico.

De sterkte van het verband met refluxsymptomen was onafhankelijk van het wel of niet aanwezig zijn van een Barrett-oesophagus. Behandeling (meestal kortdurend) voor de refluxsymptomen ten minste vijf jaar voor het onderzoek gaf een iets hogere kans (3x) op het krijgen van adenocarcinoom in de slokdarm. Het risico op adenocarcinoom in de cardia van de maag was bij patiënten met symptomen van reflux maar twee maal zo hoog als bij patiënten die geen symptomen hadden, terwijl het risico op plaveiselcelcarcinoom in de slokdarm niet gerelateerd was aan refluxsymptomen. Of de kans op kanker afneemt bij behandeling van de reflux wordt nog niet duidelijk door dit onderzoek. Endoscopisch onderzoek van alle patiënten met ernstige reflux is voorlopig praktisch niet haalbaar.

Volgens het *editorial* komt Barrett's slijmvlies vaker voor dan in het besproken artikel wordt vermeld. De auteurs vinden dat bij klachten over ernstig zuurbranden vroegtijdig endoscopisch onderzoek moet plaatsvinden. Herstel van het slijmvlies en behoud van dit herstel, medisch of chirurgisch, moeten het doel van de behandeling worden.

Germa Joppe

Droge ogen en mond

Schein OD, Hochberg MC, Munoz B, et al. Dry eye and dry mouth in the elderly. *Arch Intern Med* 1999;159:1359-63.

Droge ogen en een droge mond (sicca-klachten) komen vaak voor bij ouderen en kunnen

erg hinderlijk zijn. Mogelijke oorzaken zijn sicca-syndromen, auto-immuunziekten en geneesmiddelen. In een bevolkingsonderzoek onder 2481 personen van 65-84 jaar in de Verenigde Staten werd nagegaan hoe vaak sicca-klachten bij ouderen voorkomen en wat de mogelijke oorzaken zijn. Gevraagd werd naar sicca-klachten, medische voorgeschiedenis en medicijngebruik. Bij 1200 personen werd de auto-immuunstatus nagegaan door bepaling van de ANF en de RA-factor.

Uit het onderzoek bleek dat 27 procent van deze groep vaak of continu last had van droge ogen of droge mond; 4 procent bleek last te hebben van beide klachten. De prevalentie van droge mond was hoger bij een hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht en Europese afkomst. Er bestond een sterk verband tussen gebruik van bepaalde medicamenten (vooral antidepressiva en antipsychotica, anxiolytica en benzodiazepinen en antihypertensiva) en sicca-klachten. Ook diverse andere groepen medicijnen hadden een zeker verband met sicca-klachten. Er werd geen verband gevonden met reumatoïde artritis, roken, alcoholgebruik of aanwezigheid van auto-antilichamen.

Jaap van der Laan

Afvallen ineffectief op de lange duur

Douketis JD, Feightner JW, Attia J, et al. Periodic health examination, 1999 update: 1 Detection, prevention and treatment of obesity. *Can Med Assoc J* 1999;160:513-25.

Cheskin LJ. Commentary. Evidence-Based Medicine 1999;3:112.

In Medline 1966-1998 werd gezocht naar RCT's of prospectieve cohortonderzoeken naar het effect van dieet, medicatie, chirurgisch ingrijpen en psychologische interventie bij overgewicht. Er werden 813 onderzoeken gevonden, waarvan er 36 van voldoende kwaliteit waren.

- Een combinatie van dieet en begeleiding (veertien onderzoeken) bleek effectief op de korte termijn. Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 2 tot 6 kilo, bij een follow-up van twee tot zeven jaar.
- Eetlustremmers als (dex)fenfluramine (inmiddels uit de handel genomen) of het antidepressivum fluoxetine (in totaal acht onderzoeken, met een follow-up van één à twee jaar) leidden in combinatie met dieet tot gewichtsverlies gedurende de eerste 12 tot 24 weken.
- Bij een chirurgische aanpak (vier onderzoeken) nam het gewicht af met 27,6 tot 45,5 kilo. Dit resultaat werd 3 tot 6 maanden na de operatie bereikt. Het gewichtsverlies bleef groten-